



Опыт внедрения торакоскопических лобэктомий при раке легкого

Ключевые слова:

торакоскопическая, лобэктомия, рак легкого, малоинвазивный доступ, VATS

Keywords:

thoracoscopic, lobectomy, minimally invasive access, lung cancer, VATS

Коротин Д.П., Федунь А.М., Дюкова О.В., Марусов П.А., Богущ-Вишневская Е.Н.

ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»
603081, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, Анкудиновское шоссе, д. 1
E-mail: korotin2003@list.ru

Experience in the introduction of thoracoscopic lobectomy for lung cancer

Korotin D.P., Fedun A.M., Dukova O.V., Marusov P.A., Bogush-Vishnevskaya E.N.

Nizhny Novgorod Regional Clinical Oncology Center
1 Ankudinovskoe shosse, Nizhny Novgorod, 603081, Russian Federation
E-mail: korotin2003@list.ru

Цель. Оценить эффективность и безопасность выполнения торакоскопических лобэктомий при раке легкого, как нового для учреждения метода и сравнить его результаты с результатами открытых лобэктомий.

Пациенты и методы. За период 2016–2017 гг. в отделении торакальной хирургии НОКОД выполнено 40 операций в объеме VATS-лобэктомии. Средний возраст больных составил $60,5 \pm 8,6$ лет. Мужчин и женщин было равное количество ($n = 20$). Отбор пациентов происходил по клиническому диагнозу рака легкого, и их оказалось большинство — 95% ($n = 38$). В двух случаях — 5% ($n = 2$) при гистологическом исследовании препарата выявлен очаговый туберкулез, несмотря на то, что пациенты перед госпитализацией были обследованы у фтизиатра. В своей работе за основу мы взяли стандартизованный 3-х портовый передний доступ предложенный Hansen H.J. в 2011 году. Выбор метода был обусловлен анализом литературных данных и техническим оснащением операционной. Расположение хирурга и ассистента со стороны живота пациента позволило достаточно удобно как работать на элементах корня легкого, так и выполнять расширенную лимфодиссекцию средостения. В большинстве случаев расширение одного из портов длиной до 4 см выполнялось в начале операции, реберный ретрактор не использовался. Для защиты раневой поверхности в ряде случаев мы использовали пластиковый ретрактор для защиты мягких тканей. Все операции выполнялись у пациентов с клиническим диагнозом рака легкого, с опухолью до 5 см и отсутствием рентгенологических признаков метастазирования в лимфатические узлы. Дренажное пространство плевральной полости после нижней и средней лобэктомии осуществлялось одним дренажем. Дренаж устанавливался через отверстие торакопорта вдоль боковой и задней поверхностей ребер. После верхней лобэктомии мы устанавливали 2 дренажа, первый дренаж устанавливался идентично нижней лобэктомии. Второй дренаж устанавливался в направлении «сзади наперед», укладывался перед легким в переднее средостение до купола плевры. Сам дренаж в заводском исполнении имеет изогнутую структуру, подходящую для этой анатомической зоны.

Результаты. Спектр выполненных операций: верхняя лобэктомия справа ($n = 13$), средняя лобэктомия справа ($n = 2$), нижняя лобэктомия справа ($n = 14$), верхняя лобэктомия слева ($n = 2$), нижняя лобэктомия слева ($n = 9$). Во всех

случаях рака легкого он был периферическим. Расширенная лимфодиссекция включала в себя справа лимфоузлы групп: 4R, 10R, 7, 8, 9; слева — 4L, 10R, 5, 6, 7, 8, 9. По результатам планового гистологического исследования выявлено следующее распределение по стадиям заболевания: Ia стадия — 21 пациент (T1aN0 — $n = 6$, T1bN0 — $n = 15$), Ib стадия — 11 пациентов (T2aN0 — $n = 11$), IIa стадия — 1 пациент (T2bN0 — $n = 1$). Всего пациентов без диссеминации — 84% ($n = 32$). У $n = 3$ больных выявлено метастатическое поражение лимфатических узлов корня удаленной доли — IIb стадия — 7,9%. У одной пациентки после нижней лобэктомии с лимфодиссекцией выявлено опухолевое поражение лимфоузлов 4R, без рентгенологических и макроскопических признаков увеличения лимфатических узлов. Одной пациентке выставлена IV стадия рака легкого с единичным метастазом в контралатеральное легкое ($n = 1$, 2,5%). Средняя продолжительность операции составила в 2016 году — 170 (135–195) минут, в 2017 г. — 131 (90–178) минут. Средняя кровопотеря 250 мл. Дренажи из плевральной полости удалялись на 2–10 сутки после операции, и этот срок принципиально не отличался от открытых лобэктомий. Конверсия произведена в $n = 6$ случаях, все они закончились открытой расширенной лобэктомией. Причины конверсии — 2 случая неконтролируемого кровотечения, 2 случая неадекватной легочной вентиляции, 1 случай кальцинированных лимфатических узлов, сросшихся с легочной артерией. В одном случае мы были вынуждены провести конверсию в связи с отсутствием прогресса операции в течении часа. Осложнения случились в $n = 3$ (7,5%) случаев: длительный сброс воздуха по дренажу (10 суток), гематома в области раны грудной клетки, эпизод ОНМК в послеоперационном периоде. Летальность в первые 30 суток — 0%.

Заключение. Наш опыт выполнения видеоторакоскопических лобэктомий позволяет нам рекомендовать этот доступ пациентам с раком легкого без признаков диссеминации как безопасный метод выбора с хорошим косметическим результатом. Оптимизация хирургического доступа с сохранением онкологической адекватности операции должны являться приоритетом для любой онкологической клиники. Внедрение этой методики в клинику требует не только полноценного оснащения операционной, но и регулярного обучения в передовых лечебных учреждениях, специализирующихся на VATS — лобэктомиях с разбором ошибок и осложнений.