Протокол 498-го заседания научного общества онкологов Санкт-Петербурга и области совместно с Хирургическим обществом Пирогова от 11 декабря 2013 г.

Председатель заседания от общества онкологов
проф. А.С. Барчук
Председатель Хирургического общества Пирогова
проф. Б.Н. Котив

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.М. Карачун, Е.В. Левченко, Ю.В. Пелипась, С.Ю. Дворецкий,

З.А. Раджабова, Е.А. Петрова (НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России)

« Первый опыт миниинвазивных вмешательств в хирургии рака пищевода»

Пациент Ч., 58 лет обратился в «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» в августе 2012 г. с жалобами на периодическое затруднение прохождения грубой пищи в течение нескольких мес. По результатам обследования диагностирован и морфологически верифицирован рак верхнегрудного отдела пищевода T2N0M0. После предоперационной подготовки 07.08.2012 г. выполнена миниинвазивная субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой и формированием цервикального эзофагогастроанастомоза. Длительность оперативного вмешательства составила 420 мин., объем кровопотери 400 мл. Ведение больного в послеоперационном периоде по принципам «fast track». Рентгеноскопия пищевода на 5-е сутки после операции – функция эзофагоэнтероанастомоза удовлетворительная, затеков водорастворимого контрастирующего вещества нет. Больной переведен на пероральное (сипинговое) питание. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. На 11 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

Осмотрен через 30 дней после операции. Состояние удовлетворительное, функциональный статус по шкале ECOG - 1 степени. Прием пищи осуществляет 4 раза в сутки с соблюдением диетических рекомендаций. Индекс массы тела 21 кг/м²

Цель демонстрации: Представить возможность успешного лечения больных раком пищевода с применением миниинвазивных методик.

Ответы на вопросы.

Изжога, срыгивание пищи больного не беспокоят. Вес пациента за последние 6 мес. прибавился. Использование лапароскопической или лапаротомической техники зависит от места, где накладывается анастамоз. Лучевая терапия является обязательным этапом.

Прения

Е.В. Левченко. Анастомоз был сформирован выше яремной вырезки. Чтобы сформировать анастомоз на шее нужно иметь отрезок пищевода около 3 см. Торакоскопический подход адекватен для операций на пищеводе. Важна также комбинация с химио и лучевой терапией. В нашей практике был пациент, который при запущенном раке пищевода после комбинированного химио, хирургического и лучевого лечения через 3,5 года чувствовал себя хорошо.

К.В. Павелец. Поздравляет авторов с интересной демонстрацией. Осваиваются новые подходы, уровень наложения анастомоза и объем лимфодиссекции не встречает возражений. В нашей клинике мы чаще формируем внутригрудной анастомоз, т.к. обычно имеем дело с запущенными опухолями. Важна ранняя диагностика.

А.С. Барчук (председатель). В 60-х годах профессоры А.А. Русанов и В.А. Колесов разрабатывали операции при раке пищевода. Сегодняшний подход несомненный шаг вперед. Раньше при опухолях верхней трети пищевода применяли только лучевую терапию. Сегодня используется комплексный подход, который включает операцию, химио- и лучевую терапию и при запущенных раках пациенты живут 3 года и более.

2. И. Л. Черниковский, И. В. Правосудов, Е. С. Сердюк (Клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) «Случай удаления гигантской доброкачественной поликистозной мезотелиомы брюшины»

С тех пор как Смит и Менненмейер в 1979 г. подробно описали доброкачественную поликистозную мезотелиому брюшины (ДПМБ), было опубликовано около 130 сообщений об аналогичных клинических случаях. На сегодняшний день известно, что подобная опухоль в 3 раза чаще встречается у женщин репродуктивного возраста. Частота рецидивирования мезотелиомы после хирургического удаления составляет около 30 % у мужчин и 50% у женщин. Этиологические факторы окончательно не определены, однако большинство исследователей отмечают прямую взаимосвязь указанного

заболевания с предшествующими операциями на органах брюшной полости, наличием чужеродных волокон, хроническими воспалительными заболеваниями и эндометриозом. Существует мнение, что следует отнести данную патологию к реактивным процессам брюшины, отмечая при этом ее связь с семейной средиземноморской лихорадкой, однако клинические проявления заболевания, высокая частота рецидивирования и данные о 2 случаях малигнизации свидетельствуют в пользу его неопластической природы. Симптоматика мезотелиом неспецифична, дифференциальный диагноз проводится с кистозной лимфангиомой, муцинозной цистаденомой, кистозной тератомой и псевдомиксомой брюшины.

Случай, представленный в данном сообщении, касается мужчины 32 лет, который обратился в СПб клинический научно-практический онкологический центр в январе 2013 года. В предшествующие этому визиту 6 мес. пациент отмечал постепенное увеличение размеров живота, и, с появлением диспепсии и нарушений дефекации, обратился к врачу по месту жительства. 16.11.13 г. по данным УЗИ брюшной полости диагностирован асцит и больной направлен в общехирургический стационар. По данным повторного УЗИ брюшной полости выявлено многокамерное жидкостное образование, исходящее из забрюшинного пространства. При физикальном осмотре обращало на себя внимание отсутствие симптома флюктуации, притупление перкуторного тона над всей поверхностью передней брюшной стенки. При ректальном пальцевом исследовании определялся нижний полюс плотного образования. 01.02.13 выполнен лапароцентез, получено не более 20 мл прозрачного экссудата, цитологическое исследование которого оказалось неинформативным. МРТ брюшной полости выявило наличие в брюшной полости гигантской опухоли ячеистого строения без признаков инфильтрации внутренних органов.

12.02.13 г. была выполнена операция тотального удаления опухоли брюшной полости с парциальной перитонэктомией с передней и боковых поверхностей брюшной стенки. Установлено, что петли тонкой кишки, поперечная ободочная кишка, желудок и большой сальник смещены опухолью в верхнюю часть брюшной полости, в поддиафрагмальное пространство. По нижней границе опухоль фиксирована на протяжении 20 см к дну мочевого пузыря и париетальной брюшине, смещает его влево. Мочевой пузырь, после заполнения физ. раствором отсепарован от опухоли, полость малого таза освобождена от опухоли, по верхней границе опухоль отсечена с большим сальником от поперечной ободочной кишки, по задней поверхности – от корня брыжейки тонкой кишки, париетальной брюшины, сигмовидной и слепой кишок, резецированы обе яичковые вены, прослежен ход обоих мочеточников, препарат удален. Таким образом, операция была произведена по принципу en-block, R-0. Связь опухоли с забрюшинным пространством не подтверждена. Отмечены ячеистая (кистозная) структура опухоли и ее гигантские размеры - 40 х 40 х 20 см, которые способствовали развитию абдоминального компартмент-синдрома. Иммуногистохимический статус соответствовал доброкачественной поликистозной мезотелиоме брюшины: Кальретинин +, СК 5/6 +, WT1 +, СК 7, СК 20 -.

Срок наблюдения за указанным пациентом составил 10 мес., данных за рецидив заболевания не выявлено.

Представленный опыт убеждает нас в том, что необходимо продолжить изучение биологии указанной опухоли. МРТ представляется наиболее информативным в плане диагноститки таких образований. Учитывая морфологическую вариабильность, следует по возможности производить удаление последней с соблюдением всех принципов онкологического радикализма. Роль гипертермической химиоперфузии и необходимость адьювантной химиотерапии при лечении рецидивов указанного заболевания требует дальнейшего изучения.

Ответы на вопросы

Предоперационный диагноз был злокачественная мезотелиома брюшины. Эти опухоли обычно поздно диагностируются. Данный пациент в течении жизни не сталкивался с какими либо вредными воздействиями.

И.В. Правосудов. Больной представлял жалобы только на увеличение живота, что было расценено как проявление цирроза печени и портальной гипертензии. Больной был направлен к онкологу только после появления признаков нарушения кишечной проходимости.

Е.В. Левченко. В таких случаях, помимо инструментального обследования очень важен правильный врачебный осмотр.

А.С. Барчук (председатель). Интересная демонстрация. Операция выполнена блестяще и радикально.

ДОКЛАД

А.А. Доманский, А.М. Карачун, К.К. Лебедев (НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России) «Способы закрытия дефекта тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки»

При опухолях прямой кишки дистальных локализаций одним из распространенных видов оперативного лечения является брюшно-про-

межностная экстирпация прямой кишки (БПЭ). Отмечено, что частота местных рецидивов при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки стабильно превышает аналогичный показатель у больных ректальным раком в целом. Основной вероятной причиной этого является распространение опухоли на окружающие ткани в зоне, где отсутствует «барьер» в виде мезоректальной клетчатки, и мышцы тазового дна вплотную прилежат к стенке кишки. При мобилизации прямой кишки по общепринятой методике в данной зоне линия циркулярного края резекции проходит близко к опухоли, что повышает вероятность опухолеположительного края резекции. В 2007 г. группой исследователей из Стокгольма была предложена методика экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (ЭЛБПЭ), как более радикального хирургического вмешательства. Данная методика заключается в мобилизации прямой кишки вместе с мышцами тазового дна, без отделения последних от стенки кишки. В 2012 г. были опубликованы результаты рандомизированного исследования, в котором продемонстрированы лучшие онкологические результаты у больных, перенесших ЭЛБПЭ, по сравнению со стандартной БПЭ. К настоящему моменту в ряде ведущих клиник ЭЛБПЭ является стандартом при нижнеампулярном раке прямой кишки.

Выполнение ЭЛБПЭ сопровождается образованием обширного дефекта тазового дна. При закрытии промежностной раны путем простого ушивания подкожной клетчатки отмечается высокая частота послеоперационных воспалительных осложнений. Кроме того, описаны случаи возникновения промежностных грыж. Поиски путей уменьшения осложнений со стороны промежностной раны привели к идее закрытия тазового дна с использованием перемещенного васкуляризированного тканевого лоскута. К таким видам пластики относятся пластика лоскутом большой ягодичной мышцы, VRAM-лоскутом, т.е. кожно-фасциально-мышечным лоскутом прямой мышцы живота, мышцами внутренней поверхности бедра. Альтернативным вариантом является закрытие дефекта тазового дна с использованием аллотрансплантатов. По данным клиник, использующих различные способы закрытия тазового дна, представленные методики приводят к уменьшению частоты осложнений со стороны промежностной раны, как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки. Авторы указывают на уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре, улучшение качества жизни больных, экономический эффект.

Собственный опыт применения различных способов закрытия дефекта тазового дна после ЭлБПЭ представлен 53 наблюдениями. Работа проводится с 2009 г. Женщин и мужчин было приблизительно поровну (27 и 26 соответственно). Возраст пациентов – от 38 до 87 лет. Стадия заболевания – от T3N0M0 до T4N2M1. Предоперационная лучевая (химиолучевая) терапия была проведена 37 пациентам (70%).

Простая пластика была выполнена 20 больным, аллопластика – 13. Миопластика произведена 20 пациентам, из них в 19 случаях выполнена глютеопластика, и в одном случае – VRAM-пластика. Большая часть «простых» пластик были выполнены на начальном этапе нашей работы. В настоящее время мы отдаем предпочтение сложным вариантам пластик. Клинически значимые послеоперационные кровотечения, инфекционные осложнения и образование промежностных грыж чаще встречались в группе больных после простой пластики, в 16 случаях. При выполнении сложных видов пластик частота промежностных инфекционных осложнений выше у больных, подвергнутых предоперационной лучевой терапии. В целом лучшие результаты (25% инфекционных осложнений) получены у больных после миопластики.

В настоящее время не существует идеального решения проблемы закрытия дефекта тазового дна после ЭлБПЭ. Все обсуждаемые методики имеют как сильные, так и слабые стороны. Данные литературы и собственные наблюдения позволили сформулировать следующие выводы: 1.ЭлБПЭ с «простой» пластикой сопряжена с высокой частотой послеоперационных осложнений со стороны промежностной раны (до 60%). 2. Использование миопластики и аллопластики позволяет снизить частоту послеоперационных промежностных осложнений до 25-30%. 3. Пластика с использованием синтетической сетки оптимальна у больных с небольшим объемом остаточной полости. 4.Пластика перемещенным мышечным лоскутом оптимальна после лучевой терапии и при наличии остаточной полости большого объема.

Ответы на вопросы

При этом виде операции редко возникает такое осложнение как кишечная непроходимость. Сберегательные операции для этого вида опухоли - промежностная экстирпация проводится после химио- и лучевой терапии. Пластика мышечного слоя обеспечивает лучшее качество жизни пациентов. В ближайшее время будут получены результаты 5-летних наблюдений.

Прения

А.М. Карачун. В ряде случаев качество жизни после БПЭ лучше, чем вмешательств с сохранением плохо функционирующего аппарата

прямой кишки. На мой взгляд выполнение сфинктеросохраняющей операции «любой ценой» не оправдано. Малоинвазивная хирургия пригодна при лечении опухолей пищевода и желудка.

С.В. Васильев. Представленный подход дает хороший результат. Можно поздравить авторов.

И.В. Правосудов. Главной целью любой онкологической операции является достижение радикального удаления опухоли. Предлагаемая «экстралеваторная» БПЭ является зеркальным отражением классической БПЭ, разработанной Miles в 1908 г. В отделении колопроктологии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова выполняется всегда по данной методике, усовершенствованной профессорами С.А. Холдиным и Р.А. Мельниковым. Одной из причин разночтения является недопонимание того факта, что способ и объем лимфодиссекции при низкой переней резекции и БПЭ различны. Это объясняет большую частоту местных рецидивов после т.н.»стандартной» БПЭ по сравнению с низкой передней резекцией. Поэтому сравнение «классической» и т.н. стандартной операций некорректно, а выделение «экстралеваторной » БПЭ в качестве самостоятельной и более радикальной операции вряд ли целесообразно.

А.А. Доманский. Объем лимфодиссекции при БПЭ и низкой передней резекции одинаков, в обоих случаях он обозначается, как тотальная мезоректумэктомия. Принципиальное отличие от подходов, пропагандируемых предшественниками, заключается не в объеме лимфодиссекции, а в понимании значения опухоленегативной циркулярной границы резекции. Именно этот фактор положен в основу экстралеваторной БПЭ. Различия в технике выполнения стандартной и экстралеваторной БПЭ достаточно значимые, что позволяет выделить ЭлБПЭ, как самостоятельный вариант. Объем удаляемых тканей при выполнении экстралеваторной диссекции существенно больше, в связи с чем для снижения частоты послеоперационных осложнений применяются обсуждаемые способы пластики дефекта тазового дна.