

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра

Р.А. Часнойть
18 сентября 2007 г.
Регистрационный № 032-0507

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ
ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ
ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. И.В. Залуцкий, д-р мед. наук, проф. Л.А. Путьрский, А.В. Куль, Н.М. Петрушко, В.В. Моисеенко

Минск 2007

Инструкция предназначена для врачей-онкологов, врачей, обучающихся на курсах последипломной подготовки и усовершенствования, интересующихся новыми технологиями диагностики и лечения рака молочной железы, а также для студентов медицинских университетов. Предлагаемое хирургическое вмешательство рекомендуется для широкого применения во всех онкологических диспансерах при лечении рака молочной железы.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Наркозно-дыхательный аппарат.
2. Эндоскопическая видеокамера (разрешение не менее чем 500 линий по горизонтали).
3. Источник света галогенный или ксеноновый мощностью не менее 250 Вт.
4. Отсасыватель медицинский с набором аспирационных шлангов и трубкой диаметром 5 мм (трубка отсасывателя лучше со скошенным дистальным концом, в таком случае она может использоваться при диссекции тканей).
5. Высокочастотный хирургический прибор мощностью не менее 250 Вт и режимами монополярной и биполярной коагуляции.
6. Телескопы длиной не менее 30 см с диаметром 10 или 8 мм, углом зрения 30 или 0°.
7. Торакопорты (с ригидной или гибкой канюлей) диаметром 10, 10 и 5(6) мм.
8. Ножницы изогнутые или прямые.
9. Диссектор прямой или изогнутый.
10. Аатравматический зажим.
11. Аатликатор клипс автоматический или перезаряжаемый для клипс с размером не менее среднего.
12. Дренажи силиконовые для дренирования плевральной полости.
13. Система активной вакуум-аспирации.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Больные раком молочной железы I-III стадий с центральной и медиальной локализацией опухоли;
- наличие морфологической верификации диагноза;
- возраст до 70 лет;
- согласие на лечение.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- Морфологически верифицированные отдаленные метастазы;
- сопутствующие заболевания в стадии субкомпенсации и декомпенсации.

Перечень необходимых клинико-лабораторных исследований

Обследование проводят с целью уточнения диагноза, степени распространенности опухолевого процесса, а также для оценки состояния жизненно важных систем организма.

Для уточнения диагноза и стадии заболевания выполняют:

- ультразвуковое исследование молочных желез, регионарных лимфатических узлов (подмышечных, над- и подключичных);
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
- маммографию в двух проекциях;
- остеосцинтиграфию;
- рентгенографию органов грудной клетки;
- морфологическое исследование пунктата или биоптата опухоли.

Для оценки состояния жизненно важных систем организма проводят:

- общеклиническое обследование (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, анализ крови на группу по системе АВО и резус фактор);
- консультации терапевта и гинеколога;
- электрокардиограмму.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Оперативное вмешательство включает два этапа и выполняется под эндотрахеальным или комбинированным наркозом. На первом этапе производится типичная радикальная мастэктомия с сохранением большой и малой грудных мышц (типа Madden) либо радикальная резекция молочной железы с реконструктивно-пластическим этапом или без него.

Для проведения второго этапа вмешательства – видеоассистированной торакоскопической парастернальной лимфаденэктомии (ВТПЛ) – анестезиолог вводит интубационную трубку в бронх, противоположный стороне операции, для односторонней вентиляции. Пациентку укладывают на операционном столе в промежуточном положении между «на спине» и «на боку» с использованием упоров боковой поддержки. Обработывается и обкладывается стерильным бельем операционное поле. В плевральную полость вводят торакопорты для телескопа и инструментов: в VII межреберье по средней подмышечной линии, в V межреберье по среднеключичной линии и в III межреберье по передней подмышечной линии. Производят детальную ревизию органов плевральной полости. С помощью диссектора производят рассечение париетальной плевры с I по IV межреберья включительно. Линия разреза проходит параллельно внутренним грудным сосудам с обеих сторон, отступая от последних 1,0-1,5 см в обе стороны. На внутреннюю грудную артерию и внутреннюю грудную вену на уровне 1-го реберно-грудинного соединения ребра накладывают клипсы (по две на краниальной части и по одной на каудальной), после чего сосуды пересекают. Парастернальная клетчатка отсепааровывается единым блоком с сосудами книзу, отходящие межреберные сосуды коагулируются. На уровне каждого межреберья на

препарате накладывают маркировочную клипсу с целью маркировки локализации исследуемых лимфатических узлов. Препарат отсекается на уровне V ребра, внутренние грудные сосуды клиппируются. После контроля гемостаза в плевральной полости устанавливают 1 дренаж из силиконовой резины через торакоцентез в VII межреберье.

Интубационную трубку передвигают в трахею для вентиляции обоих легких. Ушивают постмастэктомическую или пострезекционную рану.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Возможные интраоперационные осложнения ВТПЛ:

- кровотечение из внутренних грудных сосудов;
- ранение легкого.

Возможные послеоперационные осложнения ВТПЛ:

- экссудативный плеврит;
- кровотечение из внутренних грудных сосудов;
- пневмония.

Избежать осложнений позволяет аккуратность и педантичное соблюдение методики выполнения ВТПСЛ.

При возникновении интраоперационного кровотечения необходимо достигнуть адекватный гемостаза эндоскопически (наложением клипс, коагуляцией кровоточащих сосудов) или выполнив торакотомию. При возникновении кровотечения в послеоперационном периоде производят реторакоскопию или торакотомию, выявляют источник кровотечения и также производят адекватный гемостаз. При ранении ткани легкого дефекты могут быть коагулированы или ушиты. При возникновении плеврита производятся пункции плевральной полости, назначается противовоспалительное лечение.

Профилактика послеоперационных осложнений воспалительного характера заключается в ранней активизации больных, дыхательной гимнастике с первых часов после операции.

Наблюдение за пролеченными больными.

После завершения операции плевральный дренаж в палате подключают к системе активной аспирации. На следующий день после операции производится контрольное рентгенологическое исследование органов грудной клетки, и, при отсутствии экссудата и воздуха в плевральной полости, дренаж удаляется.

Контрольные осмотры выполняются амбулаторно в сроки, установленные для онкологических больных.