

снятию жгута в конце операции кровенаполнение лоскута компенсированное. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалась легкая ишемия тыльного лоскута. Дискриминационная двухточечная чувствительность составила к моменту снятия швов (через 14 дней) 2 мм. Кровоснабжение вновь

сформированного сегмента полностью компенсировано (рис. 2).

Срок наблюдения на сегодняшний момент составил 1 мес. Удалены спицы, начато восстановительное лечение. Эстетический результат оценен больной на 7 баллов по 10-балльной шкале.

Литература

1. Dubert T, Houimli S, Valenti P, Dinh A. Very distal finger replantation. // Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol. - 2000. - Vol. 65, № 1. - P. 5-11.

2. Dubert T, Houimli S, Valenti P, Dinh A. Very distal finger amputations: replantation or "reposition-flap"

repair? // J Hand Surg [Br]. - 1997. - Vol. 22, № 3. - P. 353-358.

3. Lin TS, Jeng SF, Chiang YC. Fingertip replantation using the subdermal pocket procedure. // Plast Reconstr Surg. - 2004. - Vol. 113, № 1. - P. 247-253.

Координаты для связи с авторами: Березуцкий Сергей Николаевич – зав. кафедрой травматологии и ортопедии ДВГМУ, канд. мед. наук, доцент, тел.: +7-924-214-70-10, e-mail: b_e_r1960@mail.ru; Козут Борис Михайлович – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии, тел.: 8 (4212) 32-63-93.



УДК 616.27-006-089:610.211-002.5

С.А. Белов, М.Г. Бобырева, В.В. Суднищников, А.С. Шаповалов

СЛУЧАЙ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер,
690041, ул. Пятнадцатая, 2, тел.: 8 (4232) 33-39-64, 33-40-72, e-mail: info@pkpd.ru, г. Владивосток

Резюме

В торакальном отделении ПКПД проведена первая в Приморском крае операция по удалению опухоли переднего средостения эндоскопическим способом. С ростом заболеваемости туберкулезом и онкологическими заболеваниями перед врачами туберкулезных стационаров будут вставать вопросы дифференциальной диагностики. Применение всего спектра инвазивных и неинвазивных способов обследования, а также онкологическая настороженность позволят избежать ошибок в тактике ведения и лечения больных.

Ключевые слова: опухоль средостения, туберкулёма, торакоскопия.

S.A. Belov, M.G. Bobyрева, V.V. Sudnishchikov, A.S. Shapovalov

WISEOTHORACOSCOPIC TUMOR RESECTION IN MEDIASTINUM

Primorskiy regional antituberculosis hospital, Vladivostok

Summary

In thoracic surgery department of Primorskiy Region, antituberculosis department of Vladivostok the first operation for mediastinum tumor removal was performed endoscopically. Due to a video-endoscopic technique it became possible not only to detect morphological character of the tumor, to determine its size, absence of metastases in organs of the mediastinum and a lung, but also to carry out a radical operative intervention without traditional thoracotomy.

По данным литературы, опухоли средостения составляют от 0,5 до 3% всех опухолей. Доброкачественные опухоли встречаются несколько чаще злокачественных [1-3]. Среди доброкачественных истинных опухолей средостения первое место по частоте занимают кистозные опухоли, главным образом дермоид-

ные кисты, перикардиальные (целомические) и эпителиальные. На втором месте по частоте находятся различные плотные опухоли: невриномы, фибромы, липомы и др. [4]. Ложные и воспалительные опухоли средостения встречаются реже, чем истинные доброкачественные. К ним относятся: эхинококк, туберкулема,

мозговая грыжа. Однако по клиническим и рентгенологическим данным они весьма сходны с истинными опухолями. Лишь более подробно собранный анамнез и применение специальных методов исследования, а также современных способов хирургического лечения позволяет избежать диагностической ошибки и тем самым ненужной торакотомии [5-7].

Торакальным хирургам противотуберкулезной службы не часто приходится проводить дифференциальную диагностику между опухолями средостения и туберкулезным поражением легких, а применять при этом эндоскопическую технику еще реже. Опыт торакоскопических операций на легких и плевре при туберкулезном поражении в торакальном отделении Приморского краевого противотуберкулезного диспансера – около 2 лет, образований средостения не встречалось. Приводим клинический случай первого торакоскопического удаления опухоли средостения.

Больная Як., 57 лет. В августе 2010 г. при профосмотре обнаружены изменения в легких. В анамнезе – контакт с туберкулезным больным. Пациентка направлена из Уссурийского района на консультацию торакального хирурга противотуберкулезного диспансера с диагнозом: туберкулема S3 справа. В стационаре больной проведен комплекс обследования на туберкулез. Убедительных данных за специфическое поражение не найдено. На компьютерных томограммах определена локализация процесса в переднем средостении, без инфильтрации и регионарного увеличения лимфатических узлов (рис. 1-3). Проведен консилиум с заведующим отделением торакальной хирургии онкологического диспансера, решено провести торакоскопию для верификации образования. Под общим наркозом с раздельной интубацией справа в типичных точках установлены три торакопорта диаметром 10 мм. При ревизии плевральной полости выявлено объемное образование передненижнего средостения ~6,0 x 4,0 см, подвижное, не связанное с легким, плотное, бугристое, белесоватое с поверхностной венозной сетью, париетальная плевра не изменена. Признаков инвазии и регионарного метастазирования не выявлено. Операционная находка расценена как доброкачественная опухоль средостения. Произведено видеоэндоскопическое удаление опухоли. Операция закончена дренированием плевральной полости. Послеоперационный период без осложнений. На 2 сут удален дренаж, на 8 сняты швы. Гистологическое заключение №4650-61 – тимома. На 14 сут больная в удовлетворительном состоянии выписана из отделения.



Рис. 1.

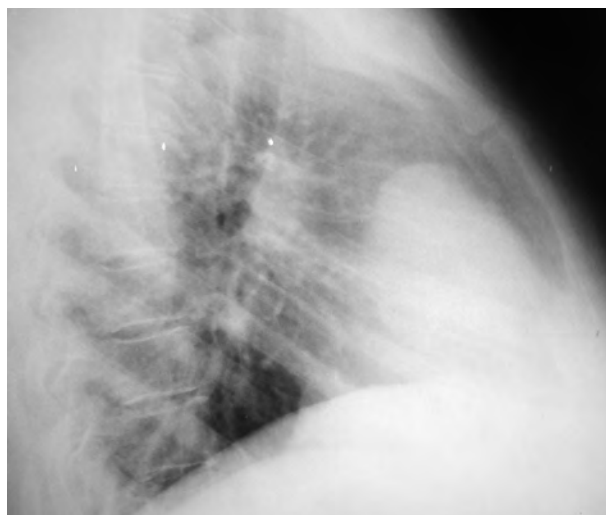


Рис. 2.

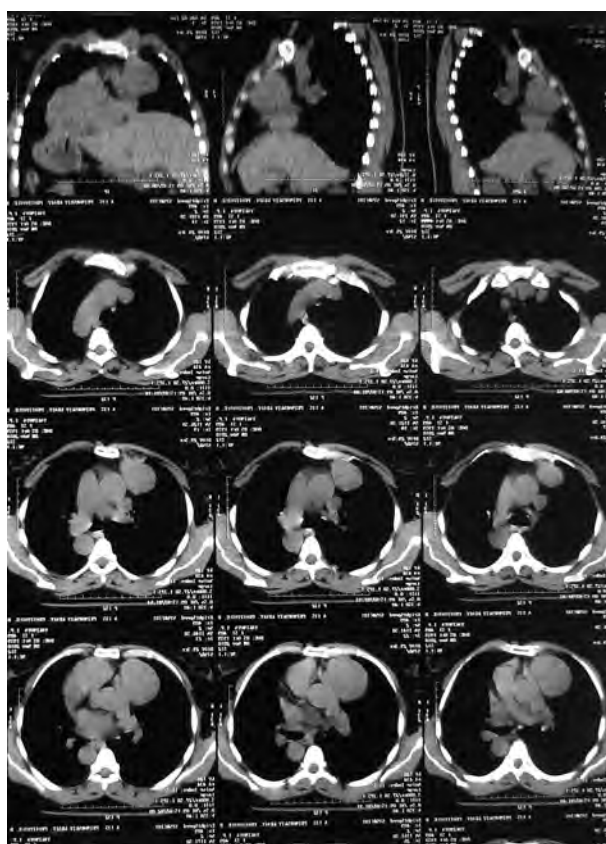


Рис. 3.



Рис. 4.

Выводы

С внедрением видеоэндоскопической техники в торакальном отделении Приморского краевого противотуберкулезного диспансера появился еще один эф-

фективный метод, позволивший не только установить характер опухоли, выявить ее распространенность, отсутствие прорастания в органы средостения и легкое, но и выполнить радикальное оперативное вмешательство без традиционной торакотомии.

Литература

1. Клименко В.Н., Барчук А.С., Лемехов В.Г. Видеоторакоскопия в онкологической практике. - СПб., 2005.
2. Шулутко А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О. и др. Эндоскопическая торакальная хирургия. - М., 2006.
3. Яблонский П.К., Пищик В.Г., Нуралиев С.М. Сравнительная оценка эффективности традиционных и видеоторакоскопических тимэктомий в комплексном лечении миастенических тимом // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2005. - Т. 164, № 3. - С. 38-2.
4. Яблонский П.К., Пищик В.Г., Нуралиев С.М. и др. Торакоскопические операции при новообразованиях средостения // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та. - 2008. - Сер. 11. - Вып. 2.
5. Callejas M., Canalis E., Ramirez J. et al. Contribution of transcervical mediastinoscopy and anterior mediastinotomy to the diagnosis of mediastinal lymphomas // Ann. Med. Interne. - 1993. - № 10. - P. 228-31.
6. Gossot D., Toledo L., Fritsch S. et al. Mediastinoscopy vs thoracoscopy for mediastinal biopsy: Results of a prospective nonrandomized study // Chest. - 1996. - Vol. 110, № 5. - P. 1328-331.
7. Solaini L., Bagioni P., Campanini A. et al. Diagnostic role of videothoracoscopy in mediastinal diseases // Eur. J. Cardiothorac. Surg. - 1998. - Vol. 13, № 5. - P. 491-93.

Координаты для связи с авторами: Белов Сергей Анатольевич – врач-хирург торакального отделения Приморского краевого противотуберкулезного диспансера, тел.: +7-902-529-69-90; Бобырева Марина Геннадьевна – зав. 4-м легочным хирургическим отделением Приморского краевого противотуберкулезного диспансера, тел.: +7-914-790-49-28; Суднищников Владимир Викторович – врач-хирург торакального отделения Приморского краевого противотуберкулезного диспансера, тел.: +7-914-710-01-90; Шаповалов Алексей Сергеевич – врач-хирург торакального отделения Приморского краевого противотуберкулезного диспансера, тел.: +7-902-488-72-60.

