

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ТИМЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИИ

А.В. КОНДРАТЬЕВ

Медико-санитарная часть № 60. Москва. 125424, Сходненский тупик д.1/6

Н.Д. КИСЛЫЙ

Кафедра госпитальной терапии РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.

Медицинский факультет

В настоящее время общепризнано, что тимэктомия занимает одно из ведущих мест в патогенетически обоснованном комплексном лечении генерализованной миастении. Внедрение миниинвазивных технологий в хирургическую практику позволило выполнить тимэктомию посредством эндохирургической техники.

С 2002 по 2005 гг. тимэктомию посредством эндохирургической техники выполнили 26 больным генерализованной миастенией с неопухолевым поражением вилочковой железы. Диагноз миастении ставился на основании комплексного клинического, фармакологического, электромиографического, иммунологического обследования. Всем больным для исключения опухолевой природы изменений тимуса выполняли КТ и МРТ органов средостения.

В качестве эндохирургического доступа использовали видеоторакоскопический трансплевральный левосторонний подход. Операцию выполняли под эндотрахеальным комбинированным наркозом в условиях однологочной вентиляции. Положение больного на правом боку на клинообразном валике, угол наклона около 70-80°. Левую руку пациента фиксировали на специальной подставке во избежание развития плекситов в послеоперационном периоде. Во время операции возникала необходимость в наклоне операционного стола в ту или иную сторону, поэтому больного надежно фиксировали к операционному столу. Операционная бригада состояла из оперирующего хирурга и ассистента, они располагались со стороны спины пациента. Для удобства мы пользовались двумя мониторами.

Операционный пневмоторакс накладывали при помощи иглы Вереша в V межреберье по средне-аксилярной линии, затем в плевральную полость вводили троакар (10 мм), пользуясь безопасным стилетом. После выключения из вентиляции левого легкого инсуффлировали CO₂ под давлением 8 мм рт. ст. Спавшееся неподвижное легкое создавало оптимальные условия для выполнения оперативных манипуляций.

Обзорную торакоскопию осуществляли по классической схеме, последовательно осматривая легкое, висцеральную и париетальную плевру, диафрагму, органы средостения. Обращали внимание на наличие выпота, высыпаний или наложений на плевре, при этом исключали опухолевый процесс в средостении, оценивали особенности топографо-анатомических соотношений органов и выбирали наиболее оптимальные варианты расположения рабочих троакаров. Второй рабочий троакар устанавливали в III межреберье по передне-аксилярной линии, третий 5-мм рабочий троакар - в VI межреберье по передне-аксилярной линии. При наличии спаечного процесса в плевральной полости его ликвидировали посредством электрокоагуляции. Наиболее оптимальной точкой введения четвертого 5-мм троакара является VI межреберье по задне-аксилярной линии. До начала выполнения каких-либо хирургических действий мы осуществляли топографо-анатомическую ориентировку. Зрительно и посредством инструментальной пальпации определяли границу перикарда, левую плечеголовную вену, левую грудную вену и место ее впадения в плечеголовную вену, левую грудную артерию и левый диафрагмальный нерв.

Под визуальным контролем диафрагмального нерва посредством острой диссекции вскрывалась медиастинальная плевра кпереди от внутригрудных сосудов. Вскрытие медиастинальной плевры выполняли широко - от места впадения левой грудной вены в плечеголовную вену до предсердия. Тупым путем передняя поверхность тимуса отсепа-

ровывалась от задней поверхности грудины до того момента, когда в поле зрения появлялась плевра с контрлатеральной стороны. Плевра определялась как тонкая пленка, при дыхательных движениях пролабирующая в средостение. Она служит анатомическим ориентиром при выполнении дальнейших манипуляций. Для более четкой верификации ткани тимуса мы сочли необходимым использовать гидропрепаровку, применение которой в значительной мере облегчает выделение железы из клетчатки средостения. С этой целью тонкой эндохирургической иглой субкапсулярно вводили 50-70 мл дистиллированной воды.

Зажимом, введенным через III торакопорт, оперирующий хирург захватывал переднюю поверхность левой доли тимуса и осуществлял тракцию кпереди и каудально. В то время как ассистент другим зажимом, введенным через IV торакопорт, захватывал медиастинальную плевру и оттягивал ее кзади, увеличивая, таким образом, площадь обзора и осуществляя противотракцию. Эндотупфером, введенным через II торакопорт, оперирующий хирург отделял ткань вилочковой железы от плевры, при необходимости пользуясь коагуляцией. Преимущественно за счет тупой препаровки выделяли верхние отростки вилочковой железы, при этом постоянно держали в поле видимости левую плечеголовную вену. Нижние отростки железы мобилизовались вместе с клетчаткой средостения. Сосудистые пучки, идущие к тимусу, клипировались и (или) пересекались коагуляцией. Окончательное выделение вилочковой железы выполняли эндокрючком с минимальным применением электрокоагуляции, в отдельных случаях используя ультразвуковую диссекцию.

Выделенный макропрепарат помещали в силиконовый эндоконтейнер и извлекали из плевральной полости через второй 10-мм троакар. Дефект в грудной стенке послойно ушивали. Затем проводили контрольный осмотр зоны операции и в случае необходимости осуществляли дополнительный гемостаз.

При выполнении первых пяти операций мы ставили страховочный дренаж к зоне операции, однако в раннем послеоперационном периоде выделений по нему отмечено не было, и мы решили отказаться от дренирования средостения. В каждом случае выполняли дренирование плевральной полости. С этой целью к заднему плевральному синусу через первый торакопорт подводили 10 мм страховочный силиконовый дренаж. На финальном этапе операции легкое под визуальным контролем расправляли посредством гипервентиляции, а дренаж подключали к системе активной аспирации.

Строгое следование рассмотренным выше методологическим принципам выполнения видеоторакоскопической тимэктомии позволило избежать серьезных интраоперационных осложнений.

Таким образом, тимэктомия из видеоторакоскопического левостороннего трансплеврального доступа является современным, безопасным методом хирургического лечения больных с генерализованной миастенией, хорошо переносится пациентами и обеспечивает значительно более быструю их реабилитацию. Дальнейшее накопление и обобщение клинического материала позволит выработать научные предпосылки к более широкому внедрению в практику видеоторакоскопической тимэктомии.

SURGICAL ASPECTS OF VIDEOTHORACOSCOPIC THYMECTOMY IN PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS

A.V.KONDRATIEV

Medico-sanitary unit № 60. Moscow. 125424. Schodnenskiy tupik 1/6

N.D. KISLIY

Department of Hospital Therapy RPFU. Moscow. 117198. M-Maklaya st 8. Medical faculty

On the base of 26 operations authors describe step by step surgical aspects of videothoracoscopic thymectomy in patients with myasthenia gravis.