

ВИДЕОТЕХНОЛОГИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ю.Л. Шевченко, Ю.А. Аблицов, П.С. Ветшев, С.Б. Кашеваров, В.И. Василяшко, А.Ю. Аблицов, С.С. Орлов, Н.О. Травин

Национальный медико-хирургический центр ММА им. И.М.Сеченова

Широкое распространение эндовидеохирургических технологий и их впечатляющие успехи способствовали широкому внедрению видеотехнологий в практику работы торакальных хирургов. Видеоторакоскопическая хирургия быстро расширила области своего применения, обеспечивая более благоприятные результаты лечения пациентов.

Видеоторакоскопические операции мы выполняем с 1994 г. В первые годы внедрения и освоения видеоторакоскопических вмешательств они составляли малую долю от всего объема торакальных операций. Более широко эти операции мы выполняем на протяжении последних 5 лет, при этом их удельный вес за последний год превысил 50%.

Оперативные вмешательства с использованием видеотехники мы подразделяем на торакоскопические, при которых торакоскоп и торакоскопические инструменты вводят в плевральную полость через проколы грудной стенки, и видеоассистированные или видеоконтролируемые, сочетающие мини-торакотомию и видеоторакоскопию.

Все оперативные вмешательства проводятся под эндотрахеальным наркозом с раздельной вентиляцией легких. При этом легкое на стороне операции находится в спавшемся состоянии, что дает возможность хорошего обзора всей плевральной полости, грудной стенки и поверхности легкого. При выполнении торакоскопических операций положение пациента на операционном столе такое же, как при традиционных торакальных вмешательствах, за исключением операций на пищеводе, которые выполняются в положении больного на животе. Использование трех торакопортов в большинстве наблюдений обеспечивает хороший обзор органов грудной клетки и достаточную свободу манипуляций. Компьютерная томография облегчает выбор точек введения троакаров и места мини-торакотомии при видеоассистированной операции.

Всего выполнено 613 операций. Летальных исходов не было. Характер оперативных вмешательств:

Диагностическая торакоскопия	48	больных
Торакоскопическая резекция булл, плевродез	32	—“—
Грудная симпатэктомия	29	—“—
Биопсия лимфоузлов средостения	50	—“—
Биопсия легкого.	273	—“—
Удаление новообразований средостения	22	—“—
Биопсия вилочковой железы и тимэктомия	46	—“—
Удаление периферических образований легких	57	—“—
Лобэктомия	19	—“—
Удаление доброкачественных опухолей пищевода	9	—“—
Резекция пищевода по поводу рака	13	—“—
Прочие	15	—“—
Всего	613	—“—

Накопленный опыт свидетельствует о целесообразности торакоскопических

вмешательств при рецидивирующем плеврите, спонтанном пневмотораксе, ладонном гипергидрозе, одиночных кистах легкого и средостения. Однако расширение показаний к торакоскопической тимэктомии при генерализованной миастении нам представляется не совсем оправданным в связи с большей продолжительностью операции (примерно в 2 раза) и необходимостью пневмоторакса, что нежелательно при наличии дыхательных нарушений. Торакоскопическая тимэктомия возможна у больных с генерализованной миастенией легкой степени, хорошо компенсированной медикаментозной терапией и без дыхательных нарушений.

Наибольшее количество операций выполнено нами при диссеминированных заболеваниях легких. В литературе описано около 200 нозологических форм, которые объединены рентгенологическим синдромом двусторонней диффузной диссеминации в легких и сходными клиническими проявлениями. Дифференциальная диагностика этих заболеваний представляет значительные трудности. Окончательный диагноз может быть поставлен после патоморфологического исследования материала, полученного путем диагностических оперативных вмешательств.

Наш опыт показывает, что видеоторакоскопическая операция является оптимальной для установления точного диагноза при диссеминированных заболеваниях легких. Однако в некоторых случаях биопсию легкого выполняли из мини-торакотомного доступа (5-7 см), что вызвано экономическими проблемами (стоимость видеоторакоскопической операции выше стоимости вмешательства из мини-торакотомного доступа), и облитерацией плевральной полости из-за ранее перенесенных операций и невозможности отключения легкого на стороне операции.

Видеоторакоскопические операции при синдроме диффузной диссеминации в легких сопровождаются менее выраженной хирургической травмой по сравнению с мини-торакотомией. За счет рассечения мягких тканей и необходимости разведения межреберных промежутков операции, выполняемые из мини-торакотомного доступа, сопровождаются в послеоперационном периоде более выраженным снижением параметров вентиляционной функции легких. Изучение изменения уровня стрессовых гормонов показало, что выполнение мини-торакотомии является более травматичным методом, который сопровождается достоверным повышением интраоперационного уровня стрессовых гормонов и более длительным периодом их нормализации в послеоперационном периоде. Для достижения адекватной анальгезии в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших мини-торакотомию, необходимо введение больших доз анальгезирующих препаратов и более длительное проведение обезболивания, чем у пациентов, перенесших видеоторакоскопические вмешательства.

При субплевральных периферических опухолях легких правомочна атипичная резекция легкого с использованием видеотехники. Однако удаление резецированного при видеоторакоскопической операции участка легкого с опухолью через торакопорты удается в редких случаях. Как правило, для этого требуется мини-торакотомия. Кроме того, при торакоскопии не всегда возможно быстро и легко обнаружить периферическую опухоль. Поэтому целесообразно сочетание мини-торакотомии с видеоторакоскопией, то есть выполнение видеоассистированной операции, при которой удастся осмотреть всю плевральную полость, обнаружить опухоль, установить распространенность процесса и решить вопрос о возможности выполнения мини-инвазивного вмешательства.

Сравнение течения послеоперационного периода свидетельствует о том, что у больных, перенесших видеоассистированную атипичную резекцию, он протекает легче, чем после традиционной стандартной торакотомии.

Сравнительная оценка атипичной резекции легкого, выполненной из стандартной торакотомии и мини-торакотомии

Показатели	Стандартная торакотомия	Видеоассистированное вмешательство
Длительность операции, мин.	90±30	65±30
Длительность дренирования плевральной полости, сут.	3,4±1,2	2,0±0,1
Количество экссудата, мл	480±140	290±65

Оценка течения послеоперационного периода при видеоассистированной лобэктомии по сравнению с лобэктомией, выполненной из стандартного доступа, показывает, что несмотря на большую продолжительность операции, послеоперационный период, так же как и при видеоконтролируемой атипичной резекции, протекает более благоприятно, хотя выполнение видеоассистированной лобэктомии требует от хирурга большого опыта и умения.

Высокоэффективны торакоскопические операции при лейомиомах пищевода. Особенностью вмешательства является прецизионная техника оперирования, позволяющая избежать повреждения слизистой оболочки при выделении опухоли и ушивании мышечного слоя пищевода. Вылущенную опухоль погружали в эндоскопический контейнер и удаляли через один из разрезов для торакотомии. Операция практически бескровная, в среднем кровопотеря не превышала 100-150 мл. Послеоперационных осложнений мы не наблюдали. В одном наблюдении потребовался переход на стандартную торакотомию.

Таким образом, торакоскопические вмешательства показаны для установления причины рецидивирующего плеврита, при диффузных заболеваниях легких для установления морфологического диагноза, при буллезной эмфиземе и спонтанном пневмотораксе, грудной симпатэктоми, перикардите для выполнения плеврорикардостомии, удалении кист средостения. При периферических образованиях легкого и доброкачественных опухолях средостения целесообразна видеоассистированная операция. При генерализованной миастении, раке легкого и пищевода целесообразность выполнения радикальных операций с помощью видеотехники до конца не изучена, требуется дальнейшее накопление материала, совершенствование техники операции и изучение отдаленных результатов. На сегодняшний день показания к такого рода вмешательствам должны определяться в каждом конкретном случае исключительно индивидуально и полностью соответствовать целям операции.

ЭХИНОКОККОЗ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ: СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Ю.Л. Шевченко, Ю.А. Аблицов, Н.О. Травин

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова

По данным ВОЗ, инфекционные и паразитарные заболевания остаются в XXI в. ведущими в структуре причин смерти человека и занимают в разных странах второе-третье, а иногда и первое место. Так, почти каждый второй человек на планете заражен одним из паразитов: в основном, аскаридозом – 1, 2 млрд чел. или