

метода по сравнению с определением только РЭА. Операция произведена 3 больным, у них исследовалась кровь на ОМ в послеоперационном периоде, значение ОМ снизилось и было в норме (средний уровень РЭА — 1,5 нг/мл, Ca242 — 10,7 нг/мл, Ca19-9 — 9,5 Ед/мл). Положительная динамика уровня онкомаркеров у одного из обследованных больных показана на рис. 5.

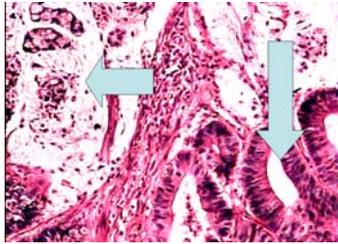


Рис. 4. Сочетание тубулярной и слизьпродуцирующей аденокарциномы

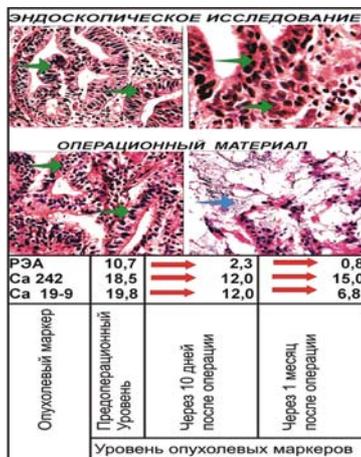


Рис. 5. Динамика уровня опухолевых маркеров у больного С., 23 года с диагнозом тубулярная и слизьпродуцирующая аденокарцинома восходящего, поперечного отделов и сигмовидной кишки.

Выводы. Процент первично-множественных злокачественных опухолей толстой кишки от общего количества злокачественных новообразований толстой кишки составляет 7,2%. При радикальном и своевременном лечении этого вида опухолей имеется прямая корреляция – снижение уровня ОМ. Более достоверными из ОМ явились РЭА и Ca242, причем РЭА – более чувствительный маркер. Определение ОМ в пред- и послеоперационном периодах может явиться одним из критериев распространенности опухоли, продолженного роста и метастазирования.

Литература

1. Ваиакмадзе Л.А., Ошейчик В.А. // Мед. консультация.– 2004.– №2.– С.24–28.
2. Коцуг С.Д., Владанов И.П.// Вопр. онкол.– 1989.– №3.– С. 352.
3. Первично-множественные злокачественные опухоли / Под ред. В.И.Чисова, А.Х.Трахтенберга.– М.: Медицина, 2000.

УДК 616.438-089.87

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ТИМЭКТОМИЯ – НОВЫЙ ШАГ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИИ

А.В.КОНДРАТЬЕВ, А.Н.СЕВЕРЦЕВ*

Миастения (Myasthenia gravis pseudoparalytica, синдром Erb-Oppenheim-Goldflam) – классическое аутоиммунное заболевание, которое ассоциируется с образованием разнообразного спектра аутоантител, направленных против антигенных мишеней нервно-мышечного синапса [1, 4, 8]. Клинически заболевание

характеризуется патологической слабостью и утомляемостью поперечно-полосатой мускулатуры [2–3, 7]. Тимэктомия занимает одно из ведущих мест в патогенетически обоснованном комплексном лечении генерализованной миастении [1, 5, 10, 13]. Большинство отечественных и зарубежных центров, занимающихся хирургическим лечением миастении, предпочитают для удаления вилочковой железы срединный стернотомический доступ [1, 6]. Но из-за высокой травматичности эта операция не отвечает критериям качества хирургической помощи [9, 15].

Новые технологии и концепция миниагрессивности качественно изменили взгляды на технику выполнения тимэктомии и вывели их на принципиально новый уровень. Анализ пока еще очень небольшого количества работ по сравнительной характеристике результатов тимэктомии традиционным и эндохирургическим способом доказывает большую перспективность последнего [11–12, 14, 16]. С 2002 по 2005 гг. хирургическое лечение в объеме тимэктомии провели 73 больным генерализованной миастенией с неопухолевым поражением вилочковой железы. 37 операций произвели из эндохирургического доступа, 36 лицам выполнили срединную парциальную стернотомию. Диагноз миастении ставился на основании клинического, фармакологического, электромиографического, иммунологического обследования. 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 односторонней вентиляции. Положение больного: на правом боку под углом около 70–80°, под поясницу подкладывали клинообразный валик, его левую руку фиксировали на подставке (рис. 1). Операционная бригада состояла из оперирующего хирурга и ассистента, они располагались со стороны спины пациента. Для удобства мы пользовались двумя мониторами (рис. 2).

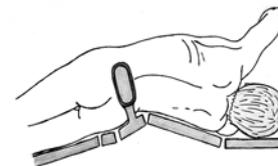


Рис. 1. Положение больного на операционном столе

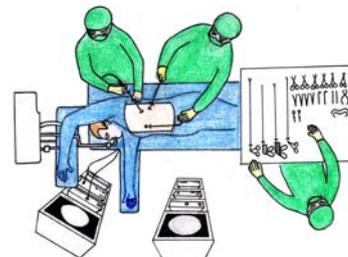


Рис. 2. Расположение хирургической бригады и оборудования при выполнении видеоторакоскопической тимэктомии

Операционный пневмоторакс накладывали в V межреберье по средне-аксилярной линии, используя открытую методику, затем в плевральную полость вводили 10-мм троакары, пользуясь безопасным стилетом. После выключения из вентиляции 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, оценивали особенности топографо-анатомических соотношений органов и выбирали наиболее оптимальные варианты расположения рабочих троакаров. Второй 10-мм рабочий троакар устанавливали в III межреберье по передне-аксилярной линии, третий 5-мм рабочий троакар – в VI межреберье по передне-аксилярной линии.

Первые семь операций выполняли, пользуясь тремя троакарами. Проведя анализ видеоматериала, мы пришли к заключению о необходимости введения дополнительного 5-мм троакара для

* ЦКБ № 1 ОАО РЖД, Москва

ракоскопической техники, на 2-е сутки после операции, при условии полной компенсации миастенических проявлений, переводили из реанимационного отделения в общую палату. Пациенты после стернотомии находились в отделении реанимации на протяжении 2–3 суток. Субфебрилитет у пациентов, перенесших видеоторакокопическую тимэктомию, отмечали не более одних суток, а в большинстве случаев подъема температуры не было вовсе, тогда как после традиционной операции температура тела оставалась повышенной на протяжении 3–5 дней.

Операционная травма предопределяла выраженность болевого синдрома после стернотомии, поэтому наркотические анальгетики назначали в течение 3–4 суток после операции. После видеоторакокопической операции обезболивание производили только дважды в течение первых суток после операции. После открытой операции дренаж из средостения удаляли на 2–3 сутки послеоперационного периода. После эндохирургической операции дренаж из плевральной полости удаляли на следующий день. Анализируя табл. можно констатировать, что ранняя активизация больных, перенесших торакокопическую тимэктомию, позволила начать пероральный прием жидкости и пищи в более ранние сроки по сравнению с пациентами после стернотомии.

Учитывая, что большинство больных генерализованной миастенией – женщины, чаще молодые, косметический эффект имеет первостепенное значение, и преимущества видеоторакокопической операции неоспоримы (рис. 15, 16 на 4 стр. обложки). Всем больным после эндохирургической операции швы снимали на 6-е сутки после операции, тогда как после тимэктомии из стернотомического доступа швы можно было снять не ранее 10–11 суток послеоперационного периода. Длительность нахождения больных в стационаре при неосложненном течении послеоперационного периода после открытой операции составила от до 10 до 12 суток, после эндохирургической – от 5 до 7 суток. Анализируя структуру интраоперационных осложнений можно отметить, что они распределились примерно одинаково при традиционной и эндохирургической операции: 8,3% и 8,1% соответственно. При открытой операции в одном случае была вскрыта полость перикарда и у двух пациентов случайно была повреждена медиастинальная плевра.

При выполнении видеоторакокопической операции в одном случае был поврежден левый диафрагмальный нерв, и у этого же больного была нарушена целостность плевры с контрлатеральной стороны. Пациент оперирован через два года после проведения лучевой терапии на область тимуса, и выполнение операции затрудняло наличие выраженного фиброза ткани вилочковой железы и клетчатки средостения. Тем более парадоксально, что послеоперационный период у больного протекал без осложнений. В одном случае была повреждена контрлатеральная плевра, после ушивания последней каких-либо особенностей в течение послеоперационного периода отмечено не было. У одной пациентки на третьи сутки после видеоторакокопической операции на фоне менструации развилась клиника смешанного криза, потребовавшая проведения реанимационных мероприятий включая ИВЛ в течении 6 суток. После открытой операции в одном случае наблюдали миастенический криз, потребовавший длительную ИВЛ и наложение трахеостомы.

Сравнение хирургических критериев тимэктомии из видеоторакокопического и стернотомического доступов демонстрирует существенные преимущества миниинвазивных технологий, которые реализуются легким течением послеоперационного периода, хорошей переносимостью операции пациентами, минимальным риском интраоперационных осложнений и прекрасным косметическим эффектом. Радикальность операции находится на столь же высоком уровне, как и при тимэктомии из стернотомического доступа. Поэтому использование видеоторакокопической техники для выполнения тимэктомии является предпочтительным при хирургическом лечении больных генерализованной миастенией с неопухольными изменениями вилочковой железы.

Литература

1. *Ветшев П.С.* Диагностика, хирургическое лечение и прогнозирование его результатов у больных генерализованной миастенией: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1991.
2. *Кузин М.И. и др.* // Хирургия. – 1994. – № 4. – С. 11–20.
3. *Лаусек З.П., Барчи Р. Л.* Миастения / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1984.

4. *Харченко В.П. и др.* Болезни вилочковой железы. – М.: Триада-Х. – 1998. – 232 с.
5. *Busch C. et al.* // Ann Surg. – 1996. – Vol. 224 (2). – P. 225.
6. *Clarke C.P.* // ANZ J Surg. – 2002. Jan. – Vol. 72(1). – P. 1.
7. *Davis B.B.* // Intern Med J. – 2003. – Vol. 33(1–2). – P. 58
8. *Farrugia M.E., Swingler R.J.* // J. R. Coll Physicians Edinb. – 2002. – Vol. 32. – P. 14–18.
9. *Jaretski A.* // Ann Thorac Surg. – 2003. – Vol. 76(1). – P. 1–3.
10. *Kirschner P.A.* // Chest Surg Clin N Am. – 2000. – Vol. 10(1). – P. 153–165.
11. *Kolski H.K. et al.* // J Child Neurol. – 2001. – Vol. 16(8). – P. 569–573.
12. *Loscertales J. et al.* // Arch Bronconeumol. – 2004. – Vol. 40(9). – P. 409–413.
13. *O’Riordan J.I. et al.* // Eur J Neurol. – 1998. – Vol. 5(2). – P. 203–209.
14. *Toker A. et al.* // Thorac Cardiovasc Surg. – 2005. – Vol. 53 (2). – P. 110–113.
15. *Yim A.P.* // Surg Endosc. – 1995. Nov. – Vol. 9 (11). – P. 1184–1188.
16. *Yim A.P. et al.* // Semin Thorac Cardiovasc Surg. – 1999. – Vol. 11(1). – P. 65–73.

THYMECTOMY OF VIDEOTOSCOPY AS NEW PHASE IN SURGICAL TREATMENT OF GENERALIZED MYASTHENIA

A.V. KONDRATIEV, A.N. SEVERTSEV

Summary

Application of videotoscopy for thymectomy is effective and preferable in surgical treatment in patients with generalized myasthenia non-tumoral of thymus gland.

Key words: videotoscopy for thymectomy

УДК 616.381-072.1

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК

Ю.В. ИВАНОВ, В.Ю. ОБОЛОНКОВ, Н.А. СОЛОВЬЕВ, В.Н. ШИРШОВ*

Введение. Более чем десятилетний период освоения и внедрения в хирургическую практику лапароскопии в России привел к тому, что к настоящему времени многие операции стали успешно выполняться с помощью эндовидеохирургических методов. На заре своего освоения лапароскопические операции в основном выполняли при желчно-каменной болезни, остром аппендиците, некоторых гинекологических заболеваниях. К настоящему времени лапароскопические операции разработаны и внедрены в клиническую практику при различных хирургических заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства, органов таза. Данный метод стал широко использоваться не только в абдоминальной хирургии, но и в урологии, гинекологии, сосудистой хирургии, онкологии. Лапароскопические операции с успехом применяются в Клинической больнице № 83. Одной из таких операций, выполняющейся в урологии, является лапароскопическое иссечение купола кисты почки. Ныне операцией выбора при кистах почек является чрезкожная пункция и дренирование кисты и реже – открытая операция.

Киста почки – распространенное заболевание, встречающееся практически в любом возрасте. Киста представляет собой жидкостное образование почки, возникающее в результате канальцевой окклюзии различной этиологии с ретенционными изменениями в паренхиме органа. По данным [1, 2], кисты почек встречаются у 3% населения. В 50% случаев кисты почек обнаруживаются на аутопсии у лиц старше 50 лет. Сочетанное поражение почки кистозным и бластоматозным процессом встречается в 0,5–7%. Рак почки в кисте обнаруживается в 0,1% случаев.

Цель работы – внедрение нового вида и объема лапароскопических операций.

* 115682, Москва, Ореховый бульвар, д.28. Клиническая больница №83 Федерального медико-биологического агентства РФ. Тел.: 3950400; 3956411