

# Эндовидеолапароскопические оперативные вмешательства при опухолях легких и средостения

---

Подготовила: Муратова А.Р.  
Группа 627 ВОП

# Введение

- В последнее время отмечается увеличение частоты и морфологического разнообразия опухолей средостения. Отчасти это связано с развитием диагностических методик, таких, как КТ и ЯМРТ, позволяющие в 80-90% случаев установить локализацию опухоли и ее вид.
- В связи с применением новейших методов диагностики - компьютерной и магнитно-резонансной томографии, фиброэндоскопии с боковой оптикой возрос и пул пациентов, у которых объемное образование средостения выявляется на ранней стадии, а, следовательно, повышаются шансы радикального удаления новообразования.
- В настоящее время, по сведениям отечественных и зарубежных исследователей, опухоли и кисты переднего средостения составляют около 5-7 % всей онкологической патологии; около 50% из них исходят из передних отделов, причем 20-35 % опухолей переднего средостения носят злокачественный характер.
- Наиболее инвазивными опухолями являются тимомы (15 %), которые опасны также возможным наличием эктопически расположенных клеток ви-лочковой железы, что делает их радикальное удаление особенно сложной задачей.
- Также более часто стали выявляться опухоли переднего средостения, распространенного характера и быстрого темпа роста (21-39% от всех опухолей переднего средостения), имеющие крупные размеры (75-80%) или сочетающиеся с иной соматической патологией (около 60%).

# Методы

- Единственным методом, обеспечивающим радикальное лечение опухолей переднего средостения, является хирургический, поэтому правильно выбранный операционный доступ при этом играет немаловажную роль. Кроме того, обеспечение доступности всех отделов переднего средостения является залогом успешного оперативного вмешательства и существенно влияет на радикальность удаления опухолевидных образований и окружающих тканей и улучшения результатов лечения.
- До недавнего времени в хирургии опухолей переднего средостения применялись только открытые операционные доступы. В настоящее время из них наиболее часто используются: тотальная продольная стернотомия, поперечная стернотомия, передне-боковая торакотомия, обратная Т-образная ми-нистернотомия, надгрудинная передняя медиастинотомия по Jehn-Nissen.

# Альтернатива

- Однако все эти доступы имеют ряд существенных недостатков. В частности, для широких открытых доступов (стернотомий, торакотомий), несмотря на их высокие лечебные возможности, характерно развитие большого количества послеоперационных осложнений как со стороны области вмешательства (нестабильность грудины, переломы ребер, остеомиелит грудины и ребер, передний гнойный медиастинит), так и общего состояния пациента в целом (выраженный болевой синдром вследствие большой операционной травмы, гипостатическая пневмония вследствие недостаточной экскурсии грудной клетки с развитием дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности и т. п.).
- В течение последних двадцати лет полноправной альтернативой открытым оперативным доступам к переднему средостению стала видеоторакоскопия.
- К неоспоримым достоинствам видеоторакоскопических хирургических вмешательств следует отнести их малую травматичность: каркасная функция грудной стенки после таких операций не страдает, болевой синдром выражен минимально, функция внешнего дыхания в послеоперационном периоде практически не страдает. Все это обусловлено тем, что при видеоторакоскопии

# Практические рекомендации

- Видеоторакоскопия с использованием равномерной двусторонней элевации грудины является методом выбора при лечении больных опухолями и кистами переднего средостения
- Технически методика выполняется следующим образом со стороны опухоли в 5 межреберье по передней подмышечной линии через разрез устанавливается 5 мм торакопорт, через который вводится видеосистема, затем производятся два поперечных разреза в области яремной вырезки грудины и мечевидного отростка длиной 3-3,5 см и тупо, со стороны рукоятки грудины и мечевидного отростка формируется канал в переднем средостении, через который вводятся два полуизогнутых крюка-элеватора до их соприкосновения. Затем производится синхронное поднятие крюков на высоту 10 см. После этого инструментальные торакопорты устанавливаются следующим образом - в III межреберье по передней подмышечной линии и V межреберье по задней подмышечной линии. После проведения элевации поочередно в инструментальные торакопорты вводится ультразвуковой деструктор-аспиратор для липосакции и после гидропрепаровки вакуумным отсосом удаляется вся жировая ткань вместе с находящимися в ней лимфатическими узлами. Затем через инструментальные торакопорты вводятся стандартные эндоскопические инструменты и фракционно удаляется основной массив опухоли.

# Следует помнить

- для оценки возможности проведения элевации грудины необходимо определение наличие деформаций грудины на догоспитальном этапе
- - установка крюков-элеваторов должна проводиться строго после установки торакопортов под двойным контролем со стороны операционной раны и трансплеврально через торакоскоп
- - высота элевации грудины не должна превышать 10 см при равномерной двусторонней и 7 см при односторонней
- - при наличии у пациента верифицированного до операции тотального поражения переднего средостения или интимной связи опухолевого процесса с жизненно-важными структурами средостения все же предпочтение следует отдать открытым видам доступов, как более безопасным и радикальным.

# Выводы

- 1. В топографо-анатомическом эксперименте установлено, что методика равномерной двусторонней элевации грудины в сочетании с односторонним видеоторакоскопическим доступом при постановке торакопортов в III, V межреберьях по передней подмышечной линии и V межреберье по задней подмышечной линии обеспечивает максимальный объем оперативного пространства в переднем средостении, приближающийся к ООП при тотальной продольной стернотомии.
- 2. Установка крюков-элеваторов под двойным контролем как со стороны плевральной полости, так и со стороны операционной раны и высота элевации от 7 до 10 см обеспечивают наибольшую безопасность метода.
- 3. С использованием в клинической практике равномерной двусторонней элевации грудины в качестве пособия при видеоторакоскопии расширяются показания к оперативной видеоторакоскопии при опухолях и кистах переднего средостения, снижается количество переходов на открытый вид доступа и повторных операций, минимизируются послеоперационные осложнения, уменьшаются послеоперационный койко-день и стоимость лечения больных с опухолями и кистами переднего средостения.

# Практическая значимость

- Видеоторакоскопия с использованием равномерной двусторонней элевации грудины является методом выбора при лечении больных опухолями и кистами переднего средостения. Однако следует помнить о нескольких обязательных принципах проведения методики:
- - при применении метода необходимо качественное предоперационное обследование больного на догоспитальном этапе.
- - установка крюков-элеваторов должна проводиться строго после установки торакопортов под двойным контролем со стороны операционной раны и трансплеврально через торакоскоп.
- - высота элевации не должна превышать 10 см при равномерной двусторонней и 7 см при односторонней.
- - При наличии у пациента верифицированного до операции тотального поражения переднего средостения или интимной связи опухолевого процесса с жизненно-важными структурами средостения, а также возрастных или приобретенных деформаций каркаса грудной стенки все же предпочтение следует отдать открытым видам доступов, как методам более тщательного контроля за безопасностью и радикальностью операции.

# Список использованной литературы

- 1. Абакумов М.М. Особенности клинического течения и хирургической тактики при одонтогенном гнойном медиастините / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, И.Г. Чубабрия // Сов. медицина. -1991. №10. - С. 30 -32.
- 2. Авилова О.М. Торакоскопия в неотложной грудной хирургии / О.М. Авилова, В.Г. Гетьман, А.В. Макаров. - Киев: Здоров'я, 1986. - 128 с.
- 3. Алиев М.А. Диагностическая и оперативная торакоскопия: Метод, рекомендации / М.А. Алиев, Л.Ц. Иоффе, В.А. Дашиев В.А // Алма-Ата. 1982.-28 с.
- 4. Алиев М.А. Оперативная торакоскопия в лечении патологии плевры и легких / М.А. Алиев, Л.Ц. Иоффе // Моск. междунар. конгр. по эндоскопической хирургии, 1-й: Сб. тез. М., 1996. - С. 139-141.
- 5. Алиев М.А. Торакоскопия в хирургическом лечении новообразований средостения / М.А. Алиев, С.А. Воронов, Г.Б. Ракошев и др. // Моск. междунар. конгр. по эндоскопической хирургии, 3-й : Сб. тез. М., 1999.- С. 10-11
- 6. Андриевских И.А. Эндоскопическая грудная симпатэктомия / Челябинск, 1984. 14с. Деп. В ВНИИМН МЗ СССР, № 7780.
- 7. Ануфриев А.В. Видеоторакоскопия в диагностике диссеминированных процессов в легких и медиастинальных аденопатий / А.В. Ануфриев, А.А. Невдашенко, Н.Г. Шебушев // Матер, междунар. конф. по торако-скопической хирургии. СПб., 1987. - С. 6 - 8.
- 8. Бабичев С.М. Некоторые вопросы диагностики и хирургического лечения закрытых травм грудной клетки с повреждением внутренних органов / С.М. Бабичев, Л.Н. Плаксин, В.М. Воробьев // Травмы груди. -1976. -№1.- С. 148- 150.
- 9. Ю. Баккуев А. Н. Хирургическое лечение опухолей и кист средостения / А. Н. Баккуев, Р. С. Колесникова, М. А.