

УДК 616.24-002.5-089.87-072.1:621.38

*М.Г. Бобырева, В.В. Суднициков, Ю.Е. Пилипчук,
В.Т. Пинской, Р.Т. Раздай-Бедина, В.М. Навроцкий*

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА

Приморский краевой противотуберкулезный
диспансер (г. Владивосток)

Ключевые слова: видеоторакоскопические
резекции легких, туберкулез легких.

В последнее десятилетие в хирургии туберкулеза легких достаточно широкое распространение приобрели видеоторакоскопические резекции. Хотя торакоскопическая фтизиохирургия имеет достаточный исторический опыт, возможность выполнять видеоторакоскопические резекции легких появилась только после появления эндохирургических видеокомплексов, дополненных наборами инструментов для эндохирургии, эндоскопическими сшивающими аппаратами Auto Suture, а также сшивающими аппаратами для открытой хирургии PI, TA PREMIUM и их отечественными аналогами.

Развитию же торакоскопических операций вообще дала толчок фтизиохирургия. Именно здесь в 1882 г. С. Forlanini предложил наложение искусственного пневмоторакса, Н.С. Jacobaeus в 1910 г. впервые выполнил торакоскопию с использованием цистоскопа, что в последующем привело (еще до открытия антибактериальных специфических препаратов) к широкому использованию торакоскопических операций для разрушения плевральных сращений при искусственном пневмотораксе [2].

Целью настоящего исследования явилось обобщение первого опыта и изучение возможностей применения видеоторакоскопических операций в резекционной хирургии туберкулеза легких, а также анализ эффективности и безопасности видеоторакоскопических атипичных и экономных резекций легких при ограниченных формах туберкулеза.

С момента ввода в эксплуатацию видеоторакоскопического оборудования в краевом противотуберкулезном диспансере с 8 октября 2001 г. произведено 16 видеоторакоскопических атипичных и экономных резекций легких. Возраст больных - от 19 до 49 лет (мужчин - 11, женщин - 5). Резекции выполнены пациентам с субплеврально расположенными туберкуломами размером от 1 до 3,5 см. Патоморфологически диагноз туберкулеза подтвержден во всех случаях. Осложнений в послеоперационном периоде и ранних послеоперационных обострений специфического процесса не наблюдалось.

В хирургии туберкулеза необходимо считаться с тем, что важным условием для успешной видеоторакоскопической резекции легкого является, кроме распростра-

ненности процесса, его фаза. Хороший результат, естественно, наблюдается при операциях в фазе полной компенсации процесса при отсутствии выраженных инфильтративных изменений в легочной ткани и в области бронха. Следует учитывать, что обострение процесса и рецидивы могут возникать тогда, когда вмешательство выполняется в фазе прогрессирования туберкулеза [1].

Основной сложностью при выполнении видеоторакоскопических операций явилось определение границ резекции легкого. Это обусловлено особенностями морфологических изменений органа, а именно тем, что туберкулез обычно сопровождается бронхогенным рассеиванием процесса как в пределах сегмента, так и в пределах доли, а иногда и всего легкого [1]. При этом даже комплексное предоперационное обследование при маловыраженной бронхогенной десеминации часто недостаточно информативно.

К сожалению, для определения границ резекции легкого в настоящее время на собственной базе нет возможности использовать в ходе операций ультразвуковое исследование легких, задачей которого является установление локализации объемных образований и очагов бронхогенного засева [3]. Также отсутствует возможность локализации объемных образований легких путем предоперационного контрастирования под контролем компьютерной томографии [4]. Поэтому, наиболее оптимальным выходом из сложившейся ситуации сегодня является выполнение миниторакотомического доступа в тех случаях, когда возникают сомнения в определении границ резекции при визуальном контроле и инструментальной пальпации. Выполнение мини-торакотомического доступа длиной примерно 4-5 см в аксиллярной области позволяло дополнить инструментальную пальпацию мануальной, а значит, снижало риск оставления очагов бронхогенного засева и представляло возможность использовать сшивающие аппараты для открытой хирургии (PI, TA PREMIUM, YO-40, YO-60), что имело положительный экономический эффект.

Анализируя первый опыт, следует заметить, что видеоторакоскопические резекции являются перспективным направлением в лечении ограниченного туберкулеза легких, свободным от недостатков открытых торакотомий. К последним относятся:

1. Большая травматичность открытого доступа, вызывающая в послеоперационном периоде выраженный болевой синдром, что требует назначения больших доз анальгетиков и ограничивает подвижность больного. В связи с этим и нарушается легочная вентиляция, увеличивается вероятность ателектазов легкого, послеоперационных пневмоний и других инфекционных осложнений.
2. Охлаждение пациента и органов грудной полости.
3. Значительное нарушение целостности париетальной и висцеральной плевры, способствующее спайкообразованию в послеоперационном периоде и развитию связанных с этим процессом осложнений.
4. Травма грудной стенки при обычной торакотомии с длительным использованием грубых металлических

ранорасширителей, ведущая к ишемии тканей и ухудшению заживления послеоперационной раны:

5. Сама по себе большая послеоперационная рана может являться причиной таких осложнений, как свернувшийся гемоторакс, эмпиема плевры, нагноение мягких тканей, плевроторакальные и лигатурные свищи. Это всегда ведет к задержке больного на хирургической койке и достаточно часто требует повторных оперативных вмешательств:

Несомненно, что одним из достоинств видеоторакоскопических резекций является и хороший косметический результат:

Первое впечатление от видеоторакоскопических резекций легких при ограниченных формах туберкулеза легких состоит в том, что при использовании этой техники удается избежать воздействия вышеперечисленных отрицательных факторов на организм человека. При этом не ухудшается визуализация тканей, а при хорошо развитых мануальных навыках хирурга значительно упрощаются атипичные и экономные резекции легких при ограниченных формах туберкулеза и формируются благоприятные условия для быстрого выздоровления и восстановления работоспособности пациента:

Литература

1. Богущ Л.К.// Хирургическое лечение туберкулеза легких. — М.: Медицина, 1979.
2. Жесткое К.Г., Воскресенский О.В., Фурса Е.В. и др.// Тихоокеанский мед. журнал. — 2002. — № 2. — С. 14-15.
3. Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П., Вишневский А.А., Лукунов М.Ю.// Медицинская визуализация. — 2000. — № 4. — С. 76-96.
4. Moon S.W., Wong Y.P., Jo K.N., Kwack M.S.// Ann. Thorac. Surg. — 1999. — Vol. 68, No. 5.

VIDEOTHORACOSCOPIC RESECTIONS OF LUNGS UNDER THE BOUNDED FORMS OF TUBERCULOSIS

M.G. Bobyreva, V.V. Sudnischikov, Eu.E. Pilipchuk, V.T. Pinsky, R.T. Razday-Bedina, B.M. Navrotsky Regional TB dispensary (Vladivostok)

Summary - There was generalized the experience of 16 videothoracoscopic atypical economical resections of the lung under the bounded forms of pulmonary tuberculosis. It is marked that the most complicated thing while carrying-out these operations is to determine the limits of resection. It was proposed to use minithoracotomy access. The authors conclude that the videothoracoscopic resections are advanced directions on treating the bounded forms of pulmonary tuberculosis that is clear of shortcomings of open thoracotomy. Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 56-57.

УДК 616.24-006-089

А.А. Полежаев, А.Ф. Малышев, В.В. Кулик,
О.Н. Булатова, О.А. Семенов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморский краевой онкологический диспансер
(г. Владивосток)

Ключевые слова: рак легкого, хирургическое лечение, полихимиотерапия.

Рак легкого, которым в мире ежегодно заболевают около 1 млн человек (в России - более 65 тыс), занимает 1-е место в структуре онкологической заболеваемости и смертности.

Наиболее радикальным методом лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) до сих пор остается хирургический. В его современной стратегии определились четыре направления: 1) активное выполнение комбинированных и расширенных операций при местно-распространенном опухолевом процессе; 2) приоритетность органосохраняющих и функционально-щадящих оперативных вмешательств; 3) поиск более эффективных вариантов сочетания операции с дополнительной химиолучевой терапией в III ст. заболевания; 4) разви-

тие альтернативных методов хирургии (эндоскопической, торакоскопической) [1-4, 7-11, 15].

В Приморском краевом онкологическом диспансере и в больнице работников рыбной промышленности с 1983 г. хирургическое и комбинированное лечение было проведено 1096 больным НМРЛ в возрасте от 18 до 75 лет. Пациентов старше 60 лет было 297 (27,1%). Соотношение мужчин и женщин - 8,7:1. Плоскоклеточный рак был диагностирован у 781 (71,3%), аденокарцинома - у 235 (21,4%) и другие формы рака (крупноклеточный, диморфный и недифференцированный) - у 80 (7,3%) больных.

У 435 (39,7%) пациентов зарегистрирована I ст., у 99 (9%) - II ст., у 507 (45,7%) - IIIA ст. и у 61 (5,6%) - ШБ ст. заболевания. Метастазы в лимфоузлах корня легкого отмечены у 217 (19,8%), в лимфоузлах средостения - у 239 (21,8%) оперированных. У 350 человек был местно-распространенный НМРЛ с инвазией опухоли в соседние органы и/или метастазированием в медиастинальные лимфатические узлы.

Резекции легкого и пневмонэктомии были выполнены 937 больным (489 и 448 соответственно), в 191 случае хирургическое вмешательство ограничилось эксплоративной торакотомией (резектабельность - 83%).

Расширенные операции с удалением медиастинальных лимфатических узлов были выполнены у 127 (11% случаев), комбинированные операции с резекцией соседних органов - у 148 больных (16% случаев). Бронхопластические лобэктомии были сделаны в 39 случаях (4,5%). Классическая сегментэктомия была выполнена у 10 пожилых больных с низкими функциональными