

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальность 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета) Кафедра госпитальной хирургии	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Инновационные методы диагностики и лечения в торакальной и сердечно- сосудистой хирургии» МОДУЛЬ «Госпитальная хирургия»
---	---	---

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Диагностическая и лечебная торакоскопия.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

 _ С.С. Маскин

“_02_” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

Торакоскопия, видеоторакоскопия, ВТС) (от др.-греч. θώραξ — грудь и σκοπέω — смотрю, рассматриваю, наблюдаю) — метод эндоскопического обследования, заключающийся в исследовании плевральной полости пациента с помощью специального инструмента — торакоскопа, вводимого через прокол стенки грудной клетки.

1. История

В качестве диагностического метода торакоскопия впервые была выполнена шведским терапевтом-пульмонологом Гансом Христианом Якобеусом (1879—1937) в 1910 году при помощи цистоскопа для диагностики состояния плевральной полости у больных туберкулезом. В 1925 г. он сообщил о выполнении 120 торакоскопий у больных туберкулезом лёгких. В последующем она наиболее часто применялась во фтизиатрии для пересечения спаек путём гальванокаутеризации для формирования лечебного пневмоторакса. Однако внедрение в конце 50-х годов XX века эффективных противотуберкулезных препаратов, а также развитие хирургии лёгких вызвали снижение интереса к лечебной торакоскопии, так как коллапсотерапия стала неактуальной в лечении туберкулёза. После этого торакоскопия использовалась в основном как диагностический метод при патологии плевры, травме грудной клетки и при воспалительных заболеваниях плевры и лёгких.

в 1966 году были изобретены системы стержневых линз, позднее появились волоконно-оптические кабели источников холодного света.

В 1976 году R.J. Lewis и соавторы, J. Deslaueriers и соавторы описали методику прямой диагностической торакоскопии, выполняемой при помощи медиастиноскопа, которая позволяла брать биопсию и определять распространённость мезотелиомы. В последующем для улучшения визуализации они одновременно пользовались сразу двумя медиастиноскопами, таким образом положив начало торакоскопической хирургии.

В 1986 г. была разработана работающая на микросхемах цветная видеокамера с высокой разрешающей способностью, что позволило транслировать изображение с окуляра торакоскопа на экран монитора. Благодаря этому за происходящим в плевральной полости мог наблюдать не только хирург, но и все его ассистенты, что позволило не только производить диагностический осмотр, но и выполнять полноценные оперативные вмешательства. Это послужило началом видеоторакоскопической хирургии.

2. Преимущества перед открытыми операциями на грудной клетке

- малая травматичность;
- низкая частота осложнений;
- экономическая эффективность;
- косметический эффект;
- во многих случаях отсутствие необходимости нахождения больного в отделении реанимации;
- снижение потребности в анальгетических препаратах в послеоперационном периоде;
- уменьшение продолжительности послеоперационной реабилитации больного;
- высокая разрешающая способность камеры позволяет визуализировать на экране отдельные структуры с многократным увеличением.

3. Показания

- доброкачественная периферическая опухоль лёгкого;
- единичный метастаз в лёгком;
- диссеминированный процесс в лёгком (биопсия лёгкого);
- медиастинальная лимфаденопатия (биопсия внутригрудных лимфоузлов);
- периферический рак лёгкого (T1-2N0M0);
- определение стадии рака лёгкого (биопсия внутригрудных лимфоузлов);
- спонтанный пневмоторакс;
- плеврит неясной этиологии;
- доброкачественная опухоль средостения;

- проникающие ранения грудной клетки (для исключения повреждения органов средостения, перикарда);
- в сомнительных случаях для решения вопроса о целесообразности выполнения торакотомии.

4. Противопоказания

4.1. Общие

- непереносимость однолѐгочной вентиляции;
- некорригируемая коагулопатия;
- острый инфаркт миокарда;
- острое нарушение мозгового кровообращения.

4.2. Местные

- облитерация плевральной полости.

5. Описание

Метод обезболивания: Интубационный наркоз с возможностью выключать оперируемое лѐгкое из вентиляции.

Положение больного на столе: На здоровом боку, рука на стороне операции приведена к голове.

Техника выполнения: Место введения троакара для последующего проведения через него торакоскопа определяется с учётом локализации наиболее выраженных патологических изменений в плевральной полости. Как правило, при торакоскопии любой из зон плевральной полости первый торакопорт устанавливается в V или VI межреберье по задней подмышечной линии. После выключения из вентиляции лѐгкого на стороне операции производится гидравлическая препаровка межреберья с целью предупреждения повреждения элементов сосудисто-нервного пучка. Разрез кожи 1-2 см длиной, торакопортом проникают в плевральную полость. В случае облитерации плевральной полости после разреза производится разведение межрёберных мышц тупым путѐм, пальцем проникают в плевральную полость и разделяют спайки, после этого вводят торакопорт. Торакоскоп вводится через торакопорт, производится осмотр плевральной полости. В зависимости от планируемого вмешательства и локализации патологических изменений выбирается место для постановки второго, третьего и так далее торакопортов, что производится под визуальным контролем. Как правило, торакопорты располагают в виде равностороннего треугольника. Через дополнительные торакопорты вводится эндоскопический инструментарий. Производится основной этап видеоторакоскопического вмешательства, после окончания которого в места стояния торакопортов устанавливаются дренажи.

6. Осложнения

Основными из них являются:

- болевой синдром;
- нагноение послеоперационной раны;
- кровотечение.

Примечания

1. *Трахтенберг А. Х., Чиссов В. И.* Клиническая онкопульмонология. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — С. 367-372. — ISBN 5-9231-0017-7

Литература

- *Авилова О.М., Гетман В.Г., Макаров А.В.* Торакоскопия в неотложной грудной хирургии. — К.: Здоров'я, 1986.
- *Бисенков Л. Н.* Торакальная хирургия: Руководство для врачей. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. — С. 35-37. — ISBN 5-93979-103-4
- *Вишневский А.А., Рудаков С.С., Миланов Н.О.* Хирургия грудной стенки: Руководство. — М.: Видар, 2005. — С. 283-286. — ISBN 5-88429-085-3

- *Савальджи Р., Эллис Г.* Клиническая анатомия для хирургов, выполняющих лапароскопические и торакоскопические операции. — М.: Медицина, 2000. — С. 294-295. — ISBN 5-225-00646-9
- *Трахтенберг А. Х., Чиссов В. И.* Клиническая онкопульмонология. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — С. 367-372. — ISBN 5-9231-0017-7
- *Фергюсон М.К.* Атлас торакальной хирургии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 44-49. — ISBN 978-5-9704-1021-9
- *Францзайдес К.* Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия. — М.: БИНОМ, 2000. — С. 283-315. — ISBN 5-7989-0171-8