

115

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Ешмуратов Т.Ш., Батырханов М.М., Сундетов М.М., Лукьянченко П.П., Пюрова Л.П., Жарылкапов Н.С., Жунисов Н.А., Елеусизов А.М., Акимниязова Б. Б., Касенбаев Р.Ж

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Цель: усовершенствование торакоскопического лечения заболеваний органов грудной клетки.

Материал и методы исследования.

В клинике за последние 30 лет проведено 2178 диагностических и оперативных торакокопии при заболеваниях легких, плевры и средостения. Возраст пациентов от 9 до 68 лет.

Показаниями к эндоскопическим операциям явились экссудативный плеврит различной этиологии 928 (52,3%) пациентов, эмпиема плевры 360 (20,3%) пациентов, буллезная болезнь осложненная пневмотораксом 309 (17,4%) пациентов, кортикально и субкортикально расположенные эхиноккокковые кисты небольших и средних размеров 18 (1,1%) пациентов, периферические доброкачественные новообразования легких 31 (1,7%) пациентов, солитарные легочные метастазы 11 (0,6%) пациентов, травмы и ранения грудной клетки 68 (3,8%) пациентов, новообразования и кисты средостения 52 (2,9%) пациентов.

При проведении торакокопии по поводу экссудативного плеврита выполнялась биопсия плевры, что позволило установить характер поражения плевральных листков: у 468 (50,4%) пациентов выявлен туберкулез плевры, неспецифический плеврит – в 318 (34,3%) пациентов, у 142 (15,3%) пациента поражение плевры опухолевой природы.

При проведении видеоторакокопии по поводу буллезной болезни легких мелкие тонкостенные буллы эндоскопически коагулированы 215 (67%), а большие и толстостенные буллы ликвидированы ушиванием или путем клипирования 94 (33%).

Из 68 (3,8%) пациентов с травмой грудной клетки, наблюдавшихся нами, 43 (63,2%) поступили с осложнениями после проникающих ранений грудной клетки. У 3 были огнестрельные ранения, у 40 — ножевые, причем у 7 из них они сочетались с повреждениями органов живота (ранение диафрагмы, печени, желудка и кишечника), 25 (36,7%) пациентов поступили с закрытой травмой грудной клетки.

С новообразованиями средостения торакокопия произведена у 52 (2,9%) пациентам. Из них доброкачественные новообразования – 30, злокачественные опухоли – 5, кисты – 17.

Обязательным условием выполнения торакокопии при опухолях средостения считается проведение интраоперационной морфологической экспресс-диагностики, что позволяет уточнить объем оперативного вмешательства.

Заключение

Основные преимущества торакоскопических операций: менее выражена послеоперационная боль, меньшее количество осложнений, отпадает необходимость длительного нахождения больного в отделении реанимации, пациент может вставать в день операции и раньше возвратиться к обычному образу жизни, а так же отсутствие больших косметических дефектов.

116

ОДНОМОМЕНТНЫЕ КАРДИО-ТОРАКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ: НАШ ОПЫТ

Колос А.И., Альбазаров А.Б., Смоленский А.В. Тожибаев Р.Э. Алтенов К.С.

АО «Национальный научный медицинский центр» г. Астана, Казахстан

Организация кардио-торакального отдела в АО «ННМЦ» отвечает современным требованиям Европейской ассоциации хирургов, так как позволяет достигать высокой степени оптимизации в оказании высокоспециализированной медицинской помощи. Впервые в Республике Казахстан получен положительный опыт работы кардиологической и торакальной хирургии в рамках ведущего научно-медицинского центра, благодаря чему стало реальным выполнение симультанных операций у больных с заболеваниями сердца и онкологическими процессами органов грудной клетки.

За период с 2011 по 11 квартал 2013 гг. нами было выполнено 5 одномоментных операций большой сложности. Сердечная патология была представлена ишемической болезнью сердца с нарушениями кровотока в коронарных артериях (2 пациента), приобретенными пороками аортального и трикуспидального клапанов (2 больных) и аневризмой аорты (1). Объем оперативных вмешательств по кардиологическим показаниям предполагался: аортокоронарное и маммарное шунтирование (в 2 случаях), протезирование клапанов (в 2), операция Бентала Де Бона (в 1). Одновременно у данных больных при обследовании были обнаружены онкологические и паразитарные заболевания органов грудной клетки, которые так же являлись показанием к оперативному лечению, в том числе: рак легкого (у 3 больных), эхиноккокковая киста (у 1), гигантская тератосаркома средостения (у 1). Онкологическим больным было отказано в оперативном лечении в профильных стационарах из-за риска кардиологических осложнений во время наркоза и операции. В тоже время, выполнению операции на сердце препятствовал раковый процесс в грудной клетке. Только в условиях кардио-торакальной хирургии и специализированной реанимации стало возможным проведение симультанных оперативных вмешательств, где имелись возможности постоянного монитори-

рования показателей сердечно-сосудистой и респираторной систем.

Обе операции выполнялись из единого доступа путем продольной срединной полной стернотомии в два этапа: первый кардиохирургический заключался в наложении аорто – и маммарнокоронарных сосудистых шунтов, в протезировании клапанов сердца и аорты в условиях искусственного кровообращения. Торакальный этап включал в себя рассечение медиастинальной плевры, пневмолиз, долевую или сегментарную резекцию легкого, дренирование плевральной полости одним силиконовым дренажом. В средостении кардиохирурги оставляли две дренажные трубки, которые подсоединялись на активную аспирацию. После операции больные находились в кардиохирургической реанимации под наблюдением реаниматологов и курирующих кардио- и торакального хирургов.

Течение послеоперационного периода у наблюдаемых больных было неосложненным, после стабилизации состояния они переводились в палаты общего ухода кардиоторакального отдела, а затем в отделение реабилитации. На амбулаторном этапе пациенты передавались под наблюдение кардиолога и онколога.

Таким образом, наш первый клинический опыт показал, что симультанные кардио-торакальные хирургические вмешательства могут выполняться из одного трансстернального доступа одновременно, что уменьшает травматичность и сроки операции. Восстановительно-реабилитирующая кардиохирургическая и резекционная торакальная операции оказываются переносимыми для пациентов с ограниченными функциональными резервами.

117

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

**Ешмуратов Т.Ш., Пюрова Л.П.,
Сундетов М.М., Лукьянченко П.П.,
Жарылкапов Н.С., Жунисов Н.А.,
Елеусизов А.М., Акимниязова Б.Б., Касенбаев Р.Ж**
Национальный научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

Цель. Улучшение результатов лечения рубцовых стенозов трахеи путем комбинирования эндоскопических и открытых методов хирургического лечения.

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов с рубцовыми стенозами трахеи. Среди них были 48 женщин (49%) и 51 мужчин (51%) в возрасте от 5 до 65 лет. Из них 18 (18%) составили дети.

Патологические изменения трахеи были связаны с трахеостомией, длительной интубацией, в ре-

зультате бытовых и дорожно-транспортных травм, а также последствия аспирации инородных тел.

Оперировано было 89 (90%) пациентов, при этом эндоскопические вмешательства в качестве самостоятельного способа лечения рубцовых стенозов трахеи были применены в 32 (33%) случаях. У 66 (67%) пациентов были осуществлены радикальные операции на трахее наружным доступом.

Среди методов хирургической коррекции стенозов и повреждений средней и нижней трети трахеи определенное место получила циркулярная резекция пораженного участка с анастомозом «конец в конец». Эта операция была проведена 5 пациентам (5%), у которых стенозы были непротяженными, не более 3-4 см или 5-6 колец.

При проведении оперативной коррекции открытым наружным доступом производилась трахеотомия на уровне выявленного ранее стеноза с учетом оптимальных хирургических манипуляций и возможных при этом осложнений. Реканализация трахеи осуществлялась путем электроэксцизии рубцовых стриктур и диатермокоагуляции грануляций или мягких тканей, перекрывающих просвет. Для сохранения восстановленного просвета производилось протезирование трахеи трубкой Монгомери, либо трахеостомической трубкой на длительный срок с последующей пластикой дефекта передней стенки трахеи, также двум пациентам проведены стентирования трахеи линейным эндостентом.

После формирования достаточного просвета дыхательного пути в результате пластической операции и удаления используемого временного эндопротеза важным моментом являлась ликвидация дефекта. При устранении больших дефектов трахеи использовали опорную ткань – реберный ауто- или гомохрящ. При небольших дефектах производилось пластическое закрытие прилежащими местными тканями с применением микрохирургической техники.

Результаты. После операций на трахее в нашей практике было два летальных исхода (2%), в связи с возникновением интраоперационного кровотечения в дыхательные пути и развитием асфиксии. У одного пациента (1%) интраоперационно была перфорация трахеи с развитием подкожной эмфиземы. В раннем послеоперационном периоде были следующие осложнения: краевой некроз кожи с развитием несостоятельности и прорезывания швов на кожно-мышечном лоскуте у 5 (5%) пациентов, рассасывание гомохряща в подкожно-жировой клетчатке у 3 (3%) пациентов, выпадение хряща из ложа в подкожно-жировой клетчатке у 2 (2%) пациентов. У 1 (1%) пациента развился рецидив стеноза трахеи.

Выводы. Рубцовые стенозы трахеи являются сложной и актуальной проблемой современной торакальной хирургии и требуют многоэтапных реконструктивно-пластических операций для достижения стойкого восстановления просвета трахеи. Для этого требуется сочетание открытого и