



МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ

Колос А.И., Джиешев Ж.А., Амангалиев А.Р.

АО «Национальный научный медицинский центр», Астана, Казахстан

Абстракт

В данной статье представлены сведения о 10-ти летнем опыте применения малоинвазивных оперативных вмешательств на органах грудной клетки. Всего было выполнено 1580 малоинвазивных операции в различных вариантах хирургической техники: миниторакотомия +VATS, видеоторакоскопия, мини-микроторакотомия. Проведен сравнительный анализ послеоперационных осложнений, после миниторакотомии + VATS и классической торакотомии.

Установлено более благоприятное течение послеоперационного периода у больных оперированных с использованием малоинвазивных вмешательств.

Ключевые слова: миниторакотомия + VATS, грудная хирургия, результаты лечения.

Введение

Торакальная хирургия, как малоинвазивное направление, начала развиваться в 70 годах. Хорошо известны работы того времени О.М. Авиловой, М.И.Перельмана, Л.Ц.Иоффе [1,2]. Данные авторы использовали жесткий торакоскоп производства ГДР, возможности которого были ограничены. Основными показаниями для торакоскопии служили: спонтанный пневмоторакс, плеврит, гемоторакс, гипергидроз. Преимущественно это были диагностические вмешательства в виде биопсии легкого, плевры, внутригрудных лимфоузлов. С появлением фиброволоконной оптики с передачей изображения на монитор и разработки эндоскопических инструментов в 90 годах началась новая эра в хирургии - видеоторакоскопическая. На первом этапе инициативу перехватили абдоминальные хирурги, которые стали выполнять лапароскопическую холецистэктомию, резекцию кишечника, селезенки, надпочечников, обогнав торакальных хирургов, что объясняется плохой оснащенностью торакальных отделений, как наиболее затратных и не выгодных в период экономического спада. На самом деле, видеоторакоскопия внедрялась неравномерно в различных клиниках. Плохо оснащенные больницы не имели возможности быстро перестроиться на малоинвазивные технологии, поэтому торакальные хирурги продолжали работать по старинке, недоверчиво относились к видеоторакоскопическим операциям, Главное, что ставилось под сомнение это их радикальность. Последующий опыт тех клиник, в

которых эндоскопическая хирургия развивалась успешно, показал преимущества и теперь никому не надо доказывать о положительных сторонах малоинвазивной хирургии. Если в ведущих клиниках это стало нормой, то в слабо оснащенных стационарах все оставалось по старому.

В г. Астане, благодаря открытию РГП «Республиканская больница», в последующем преобразованная в АО «Национальный научный медицинский центр», которая была оснащена высокотехнологичным оборудованием, появилась возможность развития эндоскопической хирургии во всех отделах: абдоминальном, гинекологическом, урологическом, торакальном. В 2014-2015 гг на международных конгрессах кардио-торакальных хирургов и пульмонологов в Санкт-Петербурге, Ташкенте, Бишкеке мы уже могли доложить о своем 10 летнем опыте применения малоинвазивных операций у торакальных больных, в то время как, наши коллеги из Узбекистана, Киргизии, Молдовы, Украины делились своим первым опытом использования видеоторакоскопических операций. Таким образом, мы ушли на десять лет вперед от клиник СНГ.

Население Республики Казахстан в настоящее время хорошо информировано о малотравматичных операциях, больные не хотят иметь грубые, большие послеоперационные рубцы на своем теле, они идут в те клиники, в которых хирурги владеют видеоторакоскопической техникой.

С 2006 по 2016 гг в АО «ННМЦ» всего было выполнено 1580 операций на органах грудной клетки (таблица 1).

Таблица 1 Основные клинические показания для манометрии пищевода [3]

Название операции	Число операции	
	Абс	%
Пневмонэктомия	22	1.4
Комбинированная резекция легких	16	1.6
Билобэктомия	14	0.9
Лобэктомия	531	33.6
Сегментэктомия	335	21.2
Удаление новообразования средостения	221	14.0
Плеврэктомия	145	9.2

продолжение таблицы

Косто миопластика	8	0.5
Симультанные операции	49	3.1
Пластика диафрагмы	13	0.8
Операции на бронхах	101	6.4
Эхинококкэктомия	48	3.1
Нодэктомия	1	0.06
Трансст. реампут. культя бронха		
Всего	1580	100

Из таблицы 1 следует, что по виду операции были резекционного, реконструктивного, реконструктивно-восстановительного, диагностического типов. Резекции легких выполнялись в расширенном варианте, одномоментно-

двусторонние, повторные, симультанные вмешательства. Ниже в таблице 2 приведены данные о 860 малоинвазивных операциях из общего числа 1580 торакальных вмешательств.

Таблица 2 Малоинвазивные операции выполненные на органах грудной клетки за период с 2006 по 2016гг

Название операций	Число операций		
	Абс.	%	
* Миниторакотомия + VATS, лобэктомия	117	13.6	
Миниторакотомия + VATS, плеврэктомия	42	4.9	
Миниторакотомия + VATS, сегмент. резекция	204	23.9	
Миниторакотомия + VATS, удал. новообр. средост.	53	6.2	
Миниторакотомия, пластика диафрагмы	11	1.3	
Миниторакотомия + VATS, эхинококкэктомия	86	10.0	
Миниторакотомия + VATS, нодэктомия	39	4.5	
VATS, иссечение булл легкого, плевры	69	8.0	
VATS, биопсия легкого, плевры	129	15	
Миниторакотомия + VATS, удал. инородн. тела	5	0.6	
Миниторакотомия + VATS, КМП	77	9.0	
VATS, тимэктомия	18	2.1	
VATS, симпатэктомия	VATS, перикардэктомия	8	0.9
Всего	2	0.2	

* Сокращения:

Миниторакотомия – разрез 5-7 см

VATS – Video assisted thoracic surgery

КМП – косто-миопластика

Нами разработана и внесена в реестр операций МЗ РК миниторакотомия + VATS с экстраплевральным плевродезом, которая вошла в раздел высокоспециализированной медицинской помощи.

В таблице 3 представлены данные о частоте торакоскопических операций по годам

Таблица 3 Сведения о малоинвазивных операциях по годам

Годы	Удельный вес миниинвазивных операций в %
2006	15
2007	18
2008	28
2009	30
2010	42
2011	62
2012	60
2013	59
2014	55
2015	58
2016	57

Как видно из таблицы 3, на начальном этапе отмечалось активное внедрение малоинвазивных технологий с увеличением числа операций до 62% в 2011 году, что объясняется повышенным интересом торакальных хирургов к малоинвазивным операциям и активным освоением методики. Затем подъем замедлился и даже отмечалось некоторое снижение, что связано с достижением предела применения эндоскопических вмешательств, а так же увеличением расширенных, симультанных операции в условиях кардио-торакального отдела.

На основании нашего опыта четко обозначились показания к видеоассистированной миниторакотомии:

- буллезная болезнь осложненная пневмотораксом;
- периферические доброкачественные опухоли легких;
- опухоли плевры;
- единичные метастатические опухоли легких;
- новообразования средостения;
- плеврит;
- эхинококкоз;
- локализованные формы кистозной гипоплазии легких;
- диссеминированные и интерстициальные заболевания легких;
- инородные тела грудной полости;
- релаксация диафрагмы;
- свернувшийся гемоторакс;
- констриктивный перикардит.

При хорошей оснащенности эндоскопической техникой, инструментами, приобретении хирургами определенных навыков данный перечень может быть расширен за счет операций на пищеводе, сосудах, вилочковой железе и др.

Мы считаем, что большие возможности миниторакотомии + VATS существуют при оказании экстренной помощи пострадавшим с травмой груди. В Казахстане данная тактика пока практически не используются, хотя крупные больницы областного уровня оснащены видеостойками.

Наряду с внедрением и применением малоинвазивных щадящих операции, нельзя забывать о большой хирургии и совершенствовать технику объемных резекций легких в виде расширенной либо комбинированной пневмонэктомии, трансгемиторакальной пневмонэктомии, при обширном раке,

врожденной патологии, воспалительных и паразитарных заболеваний легких.

Ниже приведены результаты малоинвазивных операци-

ях при различных заболеваниях органов грудной клетки в сравнительном аспекте с традиционными видами оперативных вмешательств (таблица 4).

Таблица 2 Малоинвазивные операции выполненные на органах грудной клетки за период с 2006 по 2016гг

Осложнения	МиниТТ + VATS (860 больных)		Торакотомия (720 больных)	
	абс.	% + m	абс.	% + m
Внутриплевральное кровопотеч.	-	-	1	0.13
Несостоятельн. легочного шва	1	0.11	3	0.42
Плеврит	-	-	1	0.13
Ателектаз	1	0.11	-	-
Подкожная эмфизема	-	-	2	0.28
*ОПП	2	0.23	4	0.56
Замедленное расправлен. легких	-	-	1	0.13
Пневмония	1	0.11	-	-
Обострение хр. бронхита	1	0.11	-	-
Тромбоз v.subclavia	-	-	1	0.13
Нагноение шва	-	-	2	0.28
Всего	6	2.41 +- 0.9	15	12.0 +-4.1
	P<0.05			

Примечание: ОПП – остаточная плевральная полость P<0.05 – критерий Стьюдента

Из таблицы 4 следует, что из 860 прооперированных больных с использованием VATS технологии послеоперационные осложнения наблюдались в 6 случаях (2.41+-0.9%) в виде несостоятельности легочного шва (1), подкожной эмфиземы (1), замедленного расправления легкого (2), обострения хронического бронхита (1) и тромбоза v.subclavia после катетеризации (1). В тоже время, среди больных оперированных из классического доступа (720 человек) осложнения после операции наблюдались у 15, что составило 12.0 +- 4.1 (P<0.05). При этом, по виду осложнения представлялись более грозными, в том числе в одном случае с летальным исходом. Можно считать не совсем корректными данные сравнения, безусловно патологические процессы у больных второй группы были более обширными и тяжелыми, но можно с достоверностью утверждать, что заживление послеоперационного шва при минидоступе было всегда безупречным и мы не наблюдали ни одного случая нагноения шва, в то время как, при торакотомии подобное осложнение имелось у 2 больных.

Литература:

1. Авилова О.М., Гетьман В.Г., Макаров А.В. Торакоскопия в неотложной грудной хирургии – Киев, здоров'я, 1986г. – с 63-72.
2. Ракишев Г.Б., Медеубеков У.Ш., Пюрова Л.П., Колос А.И., Такабаев А.К., Зетов А.Ш. Эндовидеоскопия в торакальной хирургии.- Астана, 2015.- 192 с.

Таким образом, операция видеоассистированная миниторакотомия заняла достойное место в грудной хирургии и является результативным и безопасным вмешательством на органах грудной клетки, может выполняться при различных заболеваниях у больных с низкими резервами, позволяет существенно уменьшить послеоперационные осложнения, сократить сроки пребывания больных в стационаре, а значит снизить затраты на лечение.

Однако для эффективности использования этой методики необходимо дорогостоящее высокотехнологическое оборудование, медицинские инструменты, квалифицированные хирурги со знанием топографии, владением навыками эндоскопической хирургической техники.

Развитие торакаскопической видеоконтролируемой хирургии должно идти параллельно с разработкой больших объемных операций, одномоментных двусторонних вмешательств на легких, симультанных торако-абдоминальных, кардио-торакальных операций.