



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

114

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИОННОЙ БИОПСИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Колос А.И., Шаймарданова Г.М.,
Савчук А.П., Горшкова Е.С., Кнауф Л.В.
АО «Национальный научный медицинский центр»,
г. Астана, Казахстан

Операционно-биопсийный способ на сегодняшний день представляется наиболее объективным в диагностике заболеваний органов дыхания, результативность которого достигает 98%. Однако он предполагает выполнение торакотомии, которая далеко не всегда переносима больным из-за высокого анестезиологического и операционного риска. Известные пункционные (игловые) способы не позволяют получить достаточного объема ткани легкого необходимого для производства гистологических препаратов, в связи с чем их результативность не превышает 40%.

Цель исследования. Разработка малоинвазивного способа операционной биопсии легких, плевры, внутригрудных лимфатических узлов путем проведения видеоассистированной миниторакотомии (VATS-биопсии) с укреплением легочного шва коллагено-фибробластной мембраной у больных с дисплазией легочной паренхимы.

Результаты. За период с 2002 по 2013 гг в АО «ННМЦ» всего было выполнено 92 VATS-биопсий, что составило 8.6% от числа всех торакальных операций (1046), из них: легких 52 (55,4%), плевры 30 (32,6%), лимфоузлов 11 (12,0%).

При поступлении в клинику все больные прошли тщательное клиническое обследование, консультированы специалистами различного профиля, однако диагноз оставался неустановленным либо вызывал сомнения. Пациенты госпитализировались в терапевтический отдел, где осматри-

вались торакальным хирургом и отбирались на VATS-биопсию. Операция выполнялась под общей анестезией с ИВЛ, интраоперационно оценивались патоморфологические изменения в легком, плевре, лимфатических узлах, определялся участок для биопсии, которая выполнялась путем наложения на легкое эндоскопического сшивающего аппарата «Endosuture», скусывания фрагмента париетальной плевры либо препаровки измененного лимфатического узла. У больных с дисплазией легочной паренхимы с целью предупреждения несостоятельности шва использовали коллагено-фибробластную мембрану. Полученный биопсийный материал подвергался морфологическому исследованию.

По нашим данным, чаще всего в гистологических препаратах устанавливался специфический туберкулезный процесс – 28 случаев (30,4%). На втором месте оказался идиопатический фиброзирующий альвеолит – 19 (20,6%). Далее злокачественная мезотелиома – 13 (14,1%), саркоидоз – 11 (12,0%), неспецифический пневмофиброз – 6 (6,5%), канцероматоз легких – 3 (3,3%), леомиоматоз – 2 (2,2%), силикоз – 2 (2,2%), гемосидероз – 1 (1,1%), лимфосаркома – 1 (1,1%), лимфоидная пневмония – 1 (1,1%), альвеолярный протеиноз – 1 (1,1%), неспецифический лимфаденит – 1 (1,1%).

Осложнения после VATS-биопсии наблюдались у 5 больных (5,4%) в виде: острой дыхательной недостаточности – 2 (2,1%), плеврита – 1 (1,1%), ограниченной подкожной эмфиземы – 1 (1,1%), замедленного расправления легкого – 1 (1,1%). Все они были устранены консервативными методами. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, VATS-биопсия является оптимальной для получения биопсийного материала из легких, плевры, внутригрудных лимфоузлов, позволяющая на основе гистологического исследования объективно установить этиологию заболевания в сложных диагностических случаях.

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 эхинококковые 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), эхинококковая 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

эндоскопического методов хирургического лечения, что позволяет достигнуть удовлетворительных результатов в 84% случаев.

118

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ

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

Врожденные бронхоэктазы относятся к порокам внутриутробного развития и формируются вследствие целого ряда пре- и постнатальных дефектов развития трахеобронхиальной системы. Большинство торакальных хирургов высказывают мнение о необходимости раннего выполнения операций, так как врожденное расширение бронхов приводит к инфицированию бронхиального содержимого и повторным обострениям воспалительного процесса, но часть педиатров выражают сдержанное отношение к проведению операций у детей, придерживаясь тактики длительного динамического наблюдения за больными детьми.

Цель исследования: определить результаты хирургического лечения врожденных бронхоэктазов у детей и взрослых.

Материалы и методы: оперировано 433 пациентов с врожденными бронхоэктазами. Возраст больных колебался от 2 до 65 лет. Детей и подростков (60,9%) было больше чем взрослых (39,1%). Первые признаки болезни у большинства (72,7%) пациентов отмечались с раннего детского возраста. Больные оперировались в период ремиссии. Наиболее часто выполнялась нижняя лобэктомия (35,1%), экстирпации бронхов (22,2%) и комбинированные резекции (17,6%). Операции на левом легком проводились в более чем в полтора раза чаще. У детей и взрослых характер оперативных вмешательств был примерно одинаковым, за исключением поэтапных двусторонних резекций легких, которых у взрослых выполнено больше (3,4% против 10,0%). Взрослые больные имеют более длительный анамнез заболевания, поэтому у них чаще (до 84,1%) встречаются плотные и обширные спайки в плевральной полости. Это ведет к увеличению травматичности и длительности операции, что в дальнейшем отражается на течении послеоперационного периода.

Результаты: частота ранних послеоперационных осложнений у детей составляла 10,6%, а у взрослых достигала до 20,7%. Наиболее частыми осложнениями у оперированных детей были внутривидеальные кровотечения (2,65%) и ателектазы (2,65%) оперированной доли или легкого. У

взрослых чаще встречались бронхиальные свищи (4,1%) и нагноения раны (7,7%). В отдаленном периоде в сроки от 1 года до 22 лет обследованы 190 оперированных пациентов. Хорошие результаты (практическое выздоровление) отмечены у 63,8% детей, что достоверно выше результатов хирургического лечения взрослых больных (47,9%). Среди удовлетворительных и неудовлетворительных отдаленных результатов достоверных различий не установлено. Все неудовлетворительные результаты отмечены у больных с двусторонними поражениями легких и резидуальными бронхоэктазами в оперированном легком.

Заключение: обследование пациентов в отдаленном периоде показало, что своевременная диагностика и раннее оперативное вмешательство снижает риск возникновения послеоперационных осложнений, улучшает показатели отдаленных результатов.

119

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БРОНХИАЛЬНЫХ СВИЩАХ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ

Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т.,
Хаялиев Р.Я., Эшонходжаев О.Д.
РСЦХ им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Вопросы ранней диагностики и выбора тактики лечения развившейся недостаточности культи бронха (НКБ) с образованием бронхоплевральной фистулы (БПФ) продолжают оставаться актуальной проблемой торакальной хирургии. Несмотря на развитие новых технологий частота БПФ остается на высоком уровне, что настоятельно диктует поиск новых путей для решения этой проблемы.

Материал и методы: Обязательным стандартом ранней диагностики НКБ является бронхоскопический мониторинг, который начинает проводиться на операционном столе тотчас после завершения обработки и укрытия культи главного бронха. При этом внимание уделяется длине культи и ее герметичности, состоянию слизистой, проводится санация и при необходимости лаваж бронхов контрлатерального легкого растворами антисептиков и муколитиков. Фибробронхоскопия проводится нами при необходимости на 1-2 сутки после операции, а также на 12-14 сутки, т.е. перед выпиской больных из стационара.

Из 109 больных с БПФ 81 (74,3%) пациент поступил из других клиник, а 28 больным первично была произведена ПЭ в нашей клинике (пациенты контрольной группы с развившейся НКБ).

В 79 (72,5%) случаях первичные операции выполнены по поводу онкологических заболеваний, в остальных 30 (27,5%) случаях по поводу гнойных заболеваний легких. Частота первично выполнен-

ных ПЭ составила 65,1% (71 пациент). НКБ развилась в первые сутки после операции у 3 больных, в течение 7 суток у 43, на 8-14 сутки послеоперационного периода у 31, а к 21 дню у 18 пациентов. В более поздние сроки, до 7 месяцев, она отмечена у 14 больных. В 61 (56,0%) случаях свищ располагался справа, в 48 (44,0%) – слева. Степень несостоятельности культи бронха оценивали с учетом классификации Е.А. Вагнера (1993 г). Подавляющее большинство пациентов – 69 (63,3%) имели НКБ I степени, у 34 (31,2%) больных размеры бронхиальных свищей превысили 5 мм и у 6 (5,5%) пациентов выявлена III степень. При этом следует отметить, что размеры дефекта бронхиальной культи связаны со сроками ее развития: чем раньше возникала НКБ, тем больший размер она имела. Соответственно тактике лечения все пациенты были разделены на три подгруппы. В I подгруппу включено 35 больных, с активной хирургической тактикой, то есть после стабилизации состояния больных с гнойными осложнениями (торакоскопия с дренированием) в среднем через 6,1±1,2 суток, им производилось хирургическое лечение свища. Во II подгруппу включен 31 больной, у которых принята выжидательная тактика, то есть до полного регресса осложнений НКБ, в среднем оперативное лечение выполнялось на 19,2±3,7 сутки. В III подгруппу включены 43 больных, у которых основным методом лечения бронхиального свища были бронхо– торакоскопические методы. Несмотря на столь убедительные результаты после активной хирургической тактики, процент неудовлетворительных результатов (11,4%) особенно у больных после ПЭ справа остается высоким (15,0%) с летальностью 8,6%-10,0% соответственно.

Выводы: Таким образом, применение бронхоскопического мониторинга у больных после пневмонэктомии, позволяет провести адекватную раннюю диагностику и определить своевременно тактику эндоскопической или хирургической коррекции. Активная хирургическая тактика при развитии недостаточности культи бронха после ПЭ является наиболее оправданной независимо от характера и стороны поражения, что определяется хорошими результатами у 88,6% пациентов (против 66,7% у пациентов после выжидательной хирургической тактики). При этом летальность снижается почти в два раза (8,6% против 16,1%). Следует отметить, что выбор способа укрытия культи бронха не оказывает существенного влияния на результаты повторной операции. Однако, на наш взгляд, в основном должны использоваться наиболее отработанные и усовершенствованные способы. Предпочтительней в этом плане транстернальная оментопластика.

ТРАХЕОБРОНХОФИБРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т.,
Хаялиев Р.Я., Эшонходжаев О.Д.
РСЦХ им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан

Введение: Проблема профилактики несостоятельности культи бронха и бронхиальных свищей многогранна. На сегодняшний день развитие торакальной хирургии невозможно без применения лечебной бронхоскопии. Появление в литературе новых способов бронхоскопической эксцизии, окклюзии или дилатации заслуживает особый интерес и внимание. Современный приоритет в развитии окклюзионной бронхоскопии БПФ принадлежит зарубежным исследователям (Levin A.V. et al., 2007; Kramer M.R. et al., 2008; Kutlu CA et al., 2009; L.M. Precht et al., 2009). Так, С.М. Sivrikoz et al. (2007) сообщают об эффективности использования для закрытия БПФ сочетания эндоваскулярной спирали и фибринового клея.

Материалы и методы: В сравнительном аспекте с хирургическими методами укрытия культи бронха представлен собственный опыт и результаты применения бронхоскопического лечения недостаточности культи главного бронха после пневмонэктомии.

Трахеобронхофиброскопия (ТБФС) выполнена у 43 пациентов. Стандартная предоперационная подготовка включала противовоспалительную, десенсибилизирующую, бронхолитическую и муколитическую терапию. Дренирование остаточной полости производили при помощи торакоскопии. Торакоскопические манипуляции на культе бронха не производили из-за их низкой эффективности и в большинстве необоснованности.

Результаты и обсуждение: Проведен анализ результатов выполнения бронхоскопической ликвидации бронхоплеврального свища (БПС) в зависимости от стороны поражения. Общая (в зависимости от стороны поражения) эффективность применения бронхоскопической ликвидации БПС составила всего 62,8%, летальность отмечена у 5 (11,%) пациентов. Такой же низкий процент эффективности методики отмечен при анализе в зависимости от стороны поражения. Так, удовлетворительные результаты лечения БПС с применением ТБФС у больных после ПЭ справа отмечены у 58,4% пациентов и у 68,4% после ПЭ слева.

Таким образом, полученные сводные данные при применении ТБФС значительно уступают таковым даже при применении выжидательной тактики (62,8% против 67,7% соответственно).

Мы разделяем точку зрения большинства авторов, что при проведении лечебной ТБФС изна-

чально необходим избирательный подход в зависимости от размеров дефекта. В этой связи, мы провели анализ результатов применения ТБФС в зависимости от диаметра бронхиального свища. Наибольшая эффективность достигается при лечении бронхиальных свищей диаметром до 3 мм. Так, общее число всех хороших результатов достигает при этом 88,0% (у 23 из 25 пациентов), а у больных после левосторонней ПЭ до 92,3% (у 12 из 13 пациентов).

Основное количество неудовлетворительных результатов приходится на долю пациентов, у которых диаметр БПС составил более 3 мм. Так, число удовлетворительных результатов составляет всего 33,3%. Однако, следует отметить, что у больных с БПС более 3 мм после левосторонней ПЭ эффективность ТБФС значительно превышает как общий показатель (50,0% против 33,3%), так и после ПЭ справа (50,0% против 25,0%).

Соответственно, летальность у больных с БПС до 3 мм почти в 2 раза ниже, чем у больных с БПС более 3 мм (8,0% против 16,7%).

Выводы: Наибольшая эффективность ТБФС достигается при лечении бронхиальных свищей диаметром до 3мм с эффективностью у 83,2% пациентов после ПЭ справа и у 92,3% пациентов после ПЭ слева.

При диаметре БПС более 3мм число удовлетворительных результатов ФБС составляет всего 33,3%. Однако, следует отметить, что у больных с БПС более 3 мм после левосторонней ПЭ эффективность ТБФС значительно превышает как общий показатель (50,0% против 33,3%), так и после ПЭ справа (50,0% против 25,0%).

121

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Ешмуратов Т.Ш., 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, Казахстан

В основу работы положены клинические наблюдения 538 больных с различными формами новообразований грудной полости, находившихся в отделении торакальной хирургии Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова за последние 20 лет. Проведенные морфологические исследования биопсийного и операционного материала позволили установить злокачественный характер новообразований в 190 (35,3%) случаях и доброкачественный процесс в 348 (64,7%) наблюдениях.

Произведено 558 оперативных вмешательств 538 больным, из которых в 475 (85,1%) случаях операция носила радикальный характер.

Показанием к проведению оперативной торакоscопии являются доброкачественные новообразования вилочковой железы, доброкачественные нейрогенные опухоли средостения, целомическая киста перикарда, медиастинальная липома, тератодермоиды (без признаков нагноения). Оперативная торакоscопия произведена у 147 больных (из них у детей – 37) с новообразованиями средостения: доброкачественные опухоли – 94, злокачественные опухоли – 5, кисты – 48. Удаление медиастинальных кист и липом с помощью торакоscопии оказалось достаточно простым способом и протекало без осложнений. Когда капсула кисты была интимно сращена с жизненно важными органами, часть ее стенки оставляли на месте, но тщательно коагулировали слизистую оболочку для уменьшения риска рецидива.

В 15 случаях торакоscопия закончилась торакотомией, из них у 5 больных опухоли имели злокачественный характер, у 7 больных опухоли имели широкое основание, у 2 пациентов при манипуляции была повреждена межреберная артерия, у одной пациентки повреждена непарная вена, опухоли удалены радикально и кровотечение остановлено.

Отдаленные результаты изучены у 326 (61,7%) пациентов, 281 (86,2%) с доброкачественными новообразованиями, 45 (13,8%) – со злокачественными опухолями средостения. Хорошие результаты отмечены у 273 больных (83,7%), удовлетворительные – у 27 (8,2%), неудовлетворительные – у 26 (8,1%).

Неудовлетворительные результаты у больных со злокачественными новообразованиями средостения наблюдались в 23 (7,0%) больных. Среди больных с доброкачественными новообразованиями у 2 (0,6%) причина смерти не была связана с новообразованиями средостения и перенесенной операцией.

Таким образом, больные со злокачественными опухолями представляют собой наиболее тяжелый контингент с малоутешительными результатами.

Наиболее благоприятная в прогностическом отношении группа больных с доброкачественными новообразованиями. Отдаленные результаты хирургического лечения среди данного контингента больных благоприятны.