doi: 10.17116/hirurgia201611232-35

Повторные операции в хирургии груди

Акад. АМН РТ К.М. КУРБОНОВ, Ф.И. МАХМАДОВ, К.Р. НАЗИРБОЕВ

Кафедра хирургических болезней №1 «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (зав. — акад. АМН РТ К.М. Курбонов), Душанбе, Таджикистан

Цель исследования — оптимизация выполнения повторных вмешательств у больных с заболеваниями и травмами органов грудной полости (ГП) в случае возникновения послеоперационных осложнений. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 1258 больных с различными заболеваниями и повреждениями органов ГП. В послеоперационном периоде ввиду возникших осложнений у 58 (4,6%) больных выполнена реторакотомия, а в 15 (1,1%) случаях — применены видеоторакоскопические технологии. Показаниями к повторным операциям были: внутриплевральное кровотечение, несостоятельность культи бронха, несостоятельность эзофагогастроанастомоза, длительное просачивание воздуха по дренажам вследствие негерметичности легочной паренхимы, свернувшийся гемоторакс. После выполнения реторакотомии послеоперационные осложнения отмечены у 16 больных (в том числе у 14 — с летальными исходами), тогда как после видеоторакоскопических вмешательств скончался 1 пациент. Вывод. Залогом успешного оперативного устранения ранних послеоперационных осложнений в хирургии органов ГП являются ранняя диагностика и выбор рационального хирургического доступа.

Ключевые слова: заболевания и травма органов грудной полости, реторакотомия, видеоторакоскопия.

Re-operations in thoracic surgery

K.M. KURBONOV, F.I. MAKHMADOV, K.R. NAZIRBOYEV

Department of Surgical Diseases №1, Abu Ali ibn Sina Tajikistan State Medical University (head — academician of AMS of the Tajikistan Republic K.M. Kurbonov), Dushanbe, Tajikistan

Aim. To optimize the outcomes of reoperations for postoperative complications in patients with thoracic diseases and injuries. Material and methods. The study enrolled 1258 patients with different thoracic diseases and injuries. Postoperatively 58 (4.6%) patients underwent re-thoracotomy and 15 (1.1%) patients — video-assisted interventions for any complications. Indications for re-operations were intrapleural bleeding, bronchial stump failure, esophagogastrostomy insufficiency, prolonged air leak through the drains due to unsealed lung parenchyma, clotted hemothorax. Postoperative complications were observed in 16 patients after re-thoracotomy (including 14 deaths), while only 1 patient died after VATS surgery. Conclusion. Early diagnosis and rational surgical approach are key for successful surgical treatment of early postoperative complications in thoracic surgery.

Keywords: thoracic diseases and injuries, re-thoracotomy, videothoracoscopy.

Введение

Внедрение в торакальную хирургию современных методов диагностики позволило в значительной степени увеличить количество оперативных вмешательств на органах грудной полости (ГП) [2]. Как ни парадоксально, одновременно с этим увеличилось и количество послеоперационных осложнений, требующих повторного вмешательства. Частота послеоперационных осложнений варьирует от 1—2% (после видеоторакоскопических операций) до 4—12% (после открытых операций через торакотомный доступ) [1, 4].

Необходимо отметить, что большинство авторов [3, 8] придерживаются единой точки зрения в отношении показаний к реторакотомии. Такими состояниями являются продолжающееся кровотечение, длительное просачивание воздуха по дренажам, несостоятельность культи бронха, несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза.

Имеются сообщения об успешном применении видеоторакоскопии не только в качестве повторной операции после уже выполненных эндоскопических внутригрудных вмешательств, но и после открытых (торакотомных) резекций легкого в случае возникновения внутриплеврального кровотечения, свернувшегося гемоторакса и недостаточности аэростаза. С помощью малоинвазивных вмешательств удается наложить степлерный шов, добиться герметизации легочной паренхимы, ликвидировать фрагментированные жидкостные скопления [6].

Однако возможности видеоэндоскопических методов коррекции ограничены, и значимое место продолжает занимать такое довольно-таки неприят-

© Коллектив авторов, 2016

e-mail: dr.hero85@mail.ru

ное для хирурга вмешательство, как реторакотомия [5, 7]. Ее выполняют чаще всего по жизненным показаниям. Вместе с тем до настоящего времени нет единого подхода к определению показаний и сроков для выполнения повторного экстренного или отсроченного вмешательства.

Цель исследования — оптимизация выполнения повторных вмешательств у больных с заболеваниями и травмами органов ГП в случае возникновения послеоперационных осложнений на основании ретроспективной оценки непосредственных результатов таких вмешательств.

Материал и методы

В клинике хирургических болезней №1 на базе ГКБ СМП Душанбе в течение 15 лет находились на лечении 1258 больных с различными заболеваниями и повреждениями органов ГП. В послеоперационном периоде ввиду возникших осложнений повторные вмешательства выполнены у 73 (5,7%) пациентов: в 58 (4,6%) наблюдениях выполняли реторакотомию, в 15 (1,1%) случаях проводили видеоторакоскопические вмешательства (**табл. 1**).

Наиболее частым осложнением, потребовавшим повторной операции, стало послеоперационное внутриплевральное кровотечение: у 25 больных применена реторакотомия, у 9 — видеоторакоскопический доступ.

Длительное просачивание воздуха по дренажам (без признаков несостоятельности культи бронха) потребовало выполнения видеоторакоскопии у всех 12 пациентов.

При возникновении несостоятельности культи бронха у всех 8 пациентов потребовалось выполнение реторакотомии.

Такое, казалось бы, вполне управляемое торакоскопическим путем состояние, как свернувшийся гемоторакс, удалось купировать во время видеоторакоскопии только у 4 из 9 пациентов, 5 больным понадобилась реторакотомия.

В то же время из 10 человек с несостоятельностью эзофагогастроанастомоза, которая традиционно считается основанием для реторакотомии, для 2 пациентов оказалась эффективна видеоторакоскопия.

Объем открытых и эндоскопических операций при указанных осложнениях приведен в **табл. 2**.

Таблица 1. **Характер послеоперационных осложнений, требующих повторного вмешательства (*n*=73)**

Осложнение	Количество	%
Послеоперационное внутриплевральное кровотечение	34	46,5
Несостоятельность культи бронха	8	11
Несостоятельность эзофагогастроанастомоза	10	13,5
Длительное просачивание воздуха вследствие негерметичности легочной ткани	12	16,6
Свернувшийся гемоторакс	9	12,4
Всего	73	100

Таблица 2. **Повторные оперативные вмешательства при ранних послеоперационных хирургических осложнениях (*n*=73)**

Операция	Количество	%
Реторакотомия:	58	79,5
перевязка внутригрудных артерий. Гемостаз	5	6,8
коагуляция сосудов легочной связки. Гемостаз	3	4,1
прошивание мышц грудной стенки в области торакотомной раны. Гемостаз	4	5,5
прошивание и коагуляция мелких сосудов диафрагмы. Гемостаз	5	6,8
удаление свернувшегося гемоторакса. Дренирование плевральной полости	5	6,8
повторное прошивание кровоточащей поверхности легочной ткани	5	6,8
перевязка бронхиальной артерии	3	4,1
повторное ушивание зоны несостоятельности зоны пищеводно-желудочного анастомоза с аппликацией линии швов пластинами ТахоКомб	8	11
ушивание дефекта легочной паренхимы	12	16,5
клиновидная резекция культи бронха	4	5,5
реампутация культи бронха с оментопексией	4	5,5
Повторные эндоскопические вмешательства:	15	20,5
электрокоагуляция мелких кровеносных сосудов диафрагмы. Гемостаз	5	6,8
прошивание кровоточащих межреберных сосудов	4	5,5
повторное ушивание зоны несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза с аппликацией линии швов пластинами ТахоКомб	2	2,7
удаление свернувшегося гемоторакса. Дренирование плевральной полости	4	5,5
Всего	73	100

При определении показаний к повторным вмешательствам, наряду с объективными данными (выхождение крови, экссудата через дренаж), важное значение придавали клинико-лабораторным и инструментальным методам исследования.

Результаты и их обсуждение

Среди послеоперационных осложнений, требующих неотложного повторного вмешательства, внутриплевральные кровотечения были доминирующими и наблюдались в 34 (46,5%) случаях. Наиболее часто источником внутриплевральной геморрагии были внутригрудная артерия (ВГА) (n=5), сосуды легочной связки (n=3), мышцы грудной стенки в области торакотомной раны (n=4), мелкие сосуды диафрагмы (n=10), линия резекции легочной ткани (n=5), бронхиальная артерия (n=3) и межреберные сосуды (n=4).

Послеоперационные внутриплевральные кровотечения в целом возникли после лобэктомии (12 больных), эхинококкэктомии (8), а также повреждениях груди (14). Кроме этого, в 9 наблюдениях послеоперационное течение осложнилось наличием свернувшегося гемоторакса.

При послеоперационных внутриплевральных кровотечениях (25 больных) и при свернувшемся гемотораксе (5) выполняли реторакотомию с проведением гемостаза путем повторного прошивания и коагуляции кровоточащих сосудов и удаления свернувшегося гемоторакса и дренирования плевральной полости.

Результаты реторакотомии при послеоперационных внутриплевральных кровотечениях во многом зависели от тяжести состояния пациентов и своевременности выполнения операции.

Реторакотомию производили в ближайшие минуты после ушивания торакотомной раны у 9 (12,4%) пациентов. Ее выполняли немедленно, практически не соблюдая правил асептики. Объем кровопотери достигал 1—1,8 л, что требовало экстренной реинфузии крови. Летальный исход отмечен лишь в 1 наблюдении.

В 11 случаях реторакотомию производили в сроки от 1 до 6 ч. Источником кровотечения были сегментарные сосуды (n=3), сосуды разделенных сегментов (n=3) и сосуды диафрагмы (n=5). Средний объем кровопотери не превышал 1 л. Во всех случаях проводили реинфузию излившейся в плевральную полость крови. Осложнений и летальных исходов не наблюдали.

В сроки от 1 до 3 сут реторакотомия произведена у 5 (6,8%) больных; источником кровотечения была раневая поверхность легкого.

У 5 больных со свернувшимся гемотораксом, оперированных в сроки от 3 до 7 сут, источник кровотечения во время реторакотомии не обнаружен. Послеоперационное осложнение в виде острой эмпиемы плевры, завершившееся 1 летальным исходом, отмечено у 2 больных.

В последние годы для коррекции послеоперационных осложнений в торакальной хирургии эффективно используют видеоторакоскопические технологии. Они имеют значительные преимущества при свернувшемся гемотораксе, а также немассивных и умеренно выраженных послеоперационных внутриплевральных кровотечениях. Эти миниинвазивные вмешательства позволяют без реторакотомии и рестернотомии или нового большого разреза устранить столь неблагоприятное осложнение. Так, при послеоперационных внутриплевральных кровотечениях эндовидеоскопический гемостаз был достигнут электрокоагуляцией у 5 больных при кровотечениях из мелких сосудов диафрагмы и в 4 случаях — лигированием и прошиванием кровоточащих межреберных сосудов. Еще в 4 наблюдениях торакоскопические вмешательства выполняли при свернувшемся гемотораксе с целью достижения гемостаза, санации и дренирования плевральной полости. Осложнений и летальных исходов не наблюдали.

Решение вопроса о выборе реторакотомии или видеоэндоскопического вмешательства основывалось на оценке интенсивности и объема кровопотери и нарушения гемодинамики.

Тяжелым и опасным послеоперационным осложнением в торакальной хирургии является несостоятельность культи бронха (n=8) и легочной ткани (n=12).

У 8 больных реторакотомию выполняли вследствие несостоятельности культи главного бронха после пневмонэктомии.

Длительное просачивание воздуха развилось у 7 пациентов после эхинококкэктомии и у 5 — после торакотомии по поводу травмы легкого.

Клиническая картина этого осложнения характеризовалась напряженным пневмотораксом (12 больных), а также интенсивным поступлением воздуха через дренажи без тенденции к установлению отрицательного давления в плевральной полости (8). Во время реторакотомии в 12 наблюдениях дополнительно ушита паренхима легкого. При несостоятельности культи бронха производили реампутацию бронха с оментогепатопексией и клиновидную резекцию культи бронха. В послеоперационном периоде 7 летальных исходов: 2 — сепсис, 3 — гнойная интоксикация вследствие эмпиемы, 2 — легочно-сердечная недостаточность.

В 8 случаях реторакотомия выполнена у больных с несостоятельностью пищеводно-желудочного анастомоза после операции Льюиса. Во всех случаях производили повторные ушивания зоны сформированных анастомозов с аппликацией пластинами ТахоКомб. В послеоперационном периоде от повторной несостоятельности и развития медиастинита умерли 6 больных.

У 2 пациентов повторное ушивание зоны несостоятельности с укреплением пластиной ТахоКомб выполнено видеоторакоскопически. К сожалению, у 1 пациента наступили повторная несостоятельность и летальный исход.

Анализ собственного материала показывает, что залогом успешного оперативного устранения ранних послеоперационных хирургических осложнений в хирургии груди являются ранняя диагностика и выполнение неотложных оперативных вмешательств.

Применение видеоторакоскопических технологий не должно быть самоцелью. Малая инвазивность таких вмешательств не должна ставиться в угоду тяжести состояния больных. Быстрота развития жизнеугрожающих состояний и особенности патологических изменений в зоне операции заставляют предпринимать наиболее быстро выполнимое, хотя и более травматичное вмешательство, — реторакотомию.

Проблема выбора доступа при лечении негерметичности легочной ткани требует отдельного обсуждения. Вполне возможно, что в ряде случаев вмешательство окажется выполнимо посредством видеоторакоскопии. Вместе с тем эффективность торакотомии подтверждает правильность сделанного нами выбора.

Вывод

Основным лечебным пособием при послеоперационных внутриплевральных профузных кровотечениях, а также несостоятельности швов культи бронха и пищеводно-желудочных анастомозов, длительном просачивании воздуха из легочной паренхимы является неотложная реторакотомия.

Торакоскопические вмешательства целесообразно выполнять при немассивных внутриплевральных кровотечениях, а также при лечении свернувшегося гемоторакса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюков Ю.В., Отс О.Н., Абдумурадов К.А. Реторакотомия в хирургии рака легкого. *Грудная хирургия*. 1984;3:45-49.
2. Вагнер Е.А., Кабанов А.Н., Павлов В.В. *Реторакотомии и повторные операции при заболеваниях и травмах легких*. Пермь. 1992.
3. Гагуа Р.О. *Реторакотомия в хирургии легких и средостения:* Дис. ... канд. мед. наук. М. 1975.
4. Плаксин С.А., Петров М.Е. Повторные торакотомии в раннем послеоперационном периоде. *Пермский медицинский журнал*. 2012;1:29:14-18.
5. Плаксин С.А., Петров М.Е. Причины и результаты повторных видеоторакоскопий. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2011;3:91-93.
6. Плаксин С.А., Петров М.Е. *Технические аспекты повторных видеоэндоскопических вмешательств при патологии грудной клетки*. 15-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. 2011;190-192.
7. Паршин В.Д., Бирюков Ю.В., Гудовский Л.М., Григорьева С.П. Реторакотомия в торакальной хирургии. *Хирургия*. 2012;5:4-9.
8. Ferguson JS, Sprenger K, Van Natta T. Closure of a bronchopleural fistula using bronchoscopic placement of an endobronchial valve designed for the treatment of emphysema. *Chest*. 2006;29:2:479-481.