

С. Н. Шнитко

**ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ:
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ**
(По материалам научно-практической конференции
с международным участием
«Хирургия Беларуси – состояние и развитие», г. Могилев,
12–13 октября 2023 г.)

*Военно-медицинский институт
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

В г. Могилеве 12–13 октября 2023 г. во Дворце культуры Могилевской области в рамках очередного съезда хирургов состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Хирургия Беларуси – состояние и развитие» (далее – Конференция) (фото 1).

В рамках Конференции под председательством профессора Татура А. А. (УО «БГМУ») и профессора Шнитко С. Н. (Военно-медицинский институт в УО «БГМУ») проведено секционное заседание «Торакальная хирургия: достижения и перспективы».

Открыл секционное заседание с докладом «30-летний опыт Республиканского центра

торакальной хирургии в лечении трахеопищеводных свищей» профессор **Татура А. А.**

В период с 1994 по 2023 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе торакального и гнойного торакального отделений УЗ «10-я ГКБ» находились на лечении 67 пациентов с трахеопищеводным свищем (далее – ТПС) различной этиологии, переведенных в Центр из других учреждений здравоохранения нашей страны.

До 2019 г. интубация трахеи с продленной ИВЛ по поводу тяжелой ЧМТ, отравлений, инфаркта мозга и миокарда, панкреонекроза, диабетической комы и др.) была причиной развития ТПС у 75 % пациентов, а у 25 %



Фото 1

пациентов причинами фистулизации явились длительное нахождение инородного тела в пищеводе.

За последние 3 года у 100 % пациентов свищи имели интубационный генез, причем у 85 % из них после ИВЛ по поводу вирусно-бактериальной пневмонии (SARS-Cov-2).

Автором доступно и информативно показаны на слайдах различные виды оперативных вмешательств при трахеопищеводных свищах. В конце доклада профессор Татур А. А. сделал выводы. При невозможности выполнить циркулярную резекцию трахеи при сочетании ТПС и РСТ разобщению фистулы должна предшествовать лазерная реканализация, а при ее неэффективности или бесперспективности – трахеопластика на Т-стенке. Персонифицированный выбор одномоментного или этапного хирургического лечения пациентов с ТПС позволил нам в последние годы добиться 100 % реабилитации оперированных пациентов с этой крайне тяжелой патологией.

В своем докладе «Преимущества комбинированного лечения пациентов с травмой пищевода» доцент **Абашкин Н. Ю.** (г. Самара, Российская Федерация) провел анализ лечения 252 больных с перфорацией пищевода за период с 2013 по 2022 год в возрасте от 17 до 70 лет (фото 2).

Мужчин было 189, женщин – 63. Причинами повреждений были инородные тела (86/34,1 %), ранения органа холодным оружием (34/13,5 %), закрытая травма шеи, груди (10/3,9 %), пролежни стенки пищевода после установки и удаления металлических конструкций на телах позвонков (9/3,6 %), бужирование и баллонная дилатация стриктур (23/9,1 %), интубация трахеи и трахеостомия (16/6,3 %), синдром Бурхаве (23/9,1 %), инструментальные исследования (12/4,8 %) и прочие. У 214 (84,9 %) пациентов были повреждения одной стенки пищевода, у 38 (15,1 %) – сложные или множественные перфорации.

Все больные были разделены на две группы. В 1 группу вошли 218 (86,5 %) пациентов, которым выполняли открытые или эндоскопические методики для ликвидации дефекта пищевода. Во 2 группу вошли 34 (13,5 %) пациента, которым одномоментно проводили одновременное открытое ушивание перфорации пищевода или сквозное чреспищеводное дренирование в сочетании с внутрипросветным эндоскопическим клипированием другого дефекта пищевода или VAC-терапией, которая также использовалась как внутрипросветная, так и снаружи от зоны повреждения пищевода.



Фото 2

Автор доложил, что в 1 группе у 145 (67,8 %) с повреждениями и перфорацией пищевода при ушивании стенки органа в сочетании с проточным промыванием осложнений не было. У 35 (16,3 %) пациентов потребовалась повторная операция для редренирования зоны повреждения в пищеводе и средостении, из них у 12 (34,2 %) были сложные и множественные повреждения. Умер 51 (23,4 %) пациент, среди них преобладали пациенты с поздним обращением за медицинской помощью, распространенным медиастинитом.

Во 2 группе хорошие результаты достигнуты у 33 (97 %) пациентов, из них у 22 были сложные и множественные повреждения, потребовалась только 1 (2,9 %) повторная операция, летальных исходов не было.

В конце доклада прозвучали выводы, что при повреждениях и перфорациях пищевода необходим дифференцированный подход к выбору способа операции, объем которой зависит от характера изменений в стенке органа, тяжести и распространенности медиастинита. При ранних операциях ушивание стенки пищевода с укреплением линии шва местными тканями позволяет добиться первичного заживления дефекта. При сложных и множественных повреждениях пищевода комбинированное лечение с одновременным применением открытых и внутрипросветных методов позволяет улучшить результаты, снизить частоту осложнений и летальных исходов.

Доцент **Протасевич А. И.** (г. Минск) выступил с докладом «Послеоперационный передний медиастинит после кардиохирургических вмешательств».

Автор показал, что на лечении в Республиканском центре торакальной хирургии (далее – РЦТХ) на базе отделений торакальной и гнойной торакальной хирургии учреждения здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г. Минска по поводу послеоперационного гнойного переднего медиастинита после кардиохирургических вмешательств в период с 2014 по 2023 годы находилось 120 пациентов, подвергнутых радикальному лечению.

Более чем половина пациентов (69; 54,2 %) перенесли операции прямой

реваскуляризации миокарда, 21 пациент (17,5 %) – протезирование клапанов, 28,3 % случаев (34) были проведены сочетанные кардиохирургические операции или вмешательства на грудном отделе аорты. На первом этапе лечения мы выполняли этапные санации средостения с удалением пораженных тканей и шовного материала и последующим ведением раны с использованием вакуум-ассистированной терапии. Следующий этап заключался в радикальном удалении изменённых участков грудины и ребер, а также пластике васкуляризованными лоскутами больших грудных и прямых мышц живота.

12 пациентов (10 %) умерли в разные сроки послеоперационного периода. Причинами смерти были тромбоэмболия легочной артерии (3), инфаркт миокарда (1), острая мезентериальная ишемия (1), синдром полиорганной недостаточности (7).

Послеоперационные осложнения 3а класса по классификации Clavien- Dindo развились у 31 пациента (25,8 %), а 3b класса – у 28 пациентов (23,3 %). Наиболее часто диагностировали некроз кожи и подкожной клетчатки – 20 случаев (16,7 %) и нагноение раны – 26 (21,7 %). Дислокация мышечного лоскута на фоне ХОБЛ произошла у 7 пациентов (5,8 %), а кровотечение из зоны вмешательства у 2 (1,7 %).

Длительность пребывания в стационаре составила 96 [56;133] суток, продолжительность вакуум-ассистированной терапии в предоперационном периоде – 32 [24;43] дня, время радикального вмешательства составило 360 [300; 420] минут.

Таким образом, этапный персонифицированный подход с проведением предоперационной подготовки, включающей терапию отрицательным давлением, этиотропную антибактериальную терапию, дезонтоксикационную и кардиотропную терапию позволил реабилитировать 90 % пациентов с послеоперационным медиастинитом после кардиохирургических вмешательств различной степени сложности.

В докладе «Сосудистые реконструкции во время резекций легких» доцента **Шестюка А. М.** (г. Брест) изучены непосредственные результаты ангиопластических оперативных вмешательств при резекциях легких у 11 пациентов, среди которых у 9 (81,8 %) диагностировано злокачественное заболевание верхней доли легкого, а у 2 (18,2 %) – деструкция легочной паренхимы с распространением на легочную артерию. Средний возраст пациентов составил 54,5 лет (44–72 года), все мужчины.

У 7 исследуемых пациентов выполнена торакотомия справа, у 4 – слева. После проведения основных хирургических приемов, соответствующих процедуре лобэктомии, при выявлении признаков вовлечения легочной артерии выполнялась сосудистая изоляция оперируемого легкого путем пережатия ствола легочной артерии и вены в его корне. После сосудистого клампажа выполнялась резекция легочной артерии по границе не вовлеченных в патологический процесс участков сосуда. Реконструктивный этап начинали с оценки размеров дефекта легочной артерии. При размерах циркулярного дефекта до 2 см и отсутствия натяжения при сопоставлении концов сосуда, что было в 4 (36 %) случаях нами выполнено наложение циркулярного сосудистого шва нитью Корален 4/0 с восстановлением проходности сосуда. В 7 (64 %) случаях, при более значительных дефектах артерии потребовалось применение аллогraftа легочной артерии, который предварительно нами обработан 0,5 % раствором хлоргексидина.

В конце доклада автором озвучен вывод о возможности применения ангиопластического этапа при резекциях легких, который позволяет сохранить дыхательный резерв у пациента за счет сохранения достаточного объема легочной паренхимы, приводящему к увеличению послеоперационных осложнений и в последующем улучшающим качество его жизни.

Кропа Ю. С. (г. Гродно) выступил с докладом «Малоинвазивное хирургическое лечение воронкообразной деформации груди», в котором оценил возможности коррекции данной патологии у взрослых.

В торакальном отделении Гродненской университетской клиники с 2018 года выполнено 11 оперативных вмешательств взрослым пациентам с воронкообразной деформацией грудной клетки. Мужчин было 7, женщин – 4. Средний возраст пациентов составил 28,8 лет (от 19 до 38 лет). Всем пациентам проводилось общеклиническое лабораторное обследование, ЭКГ, рентгеновская компьютерная томография с определением индекса Халлера.

Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией, с видеоторакоскопическим контролем проведения титановой пластины отечественного производства. 10 пациентам имплантирована одна пластина, одной пациентке – 2. Продолжительность оперативного вмешательства от 35 до 120 минут (в среднем – 60 минут).

Среди осложнений у пациентов выявлены: послеоперационный пневмогидроторакс, потребовавший дренирования плевральной полости – 1 случай, гидроперикард, купированный консервативными методами – 1 случай, дислокация титановой пластины, потребовавшая повторного оперативного вмешательства – 1 случай. У 10 пациентов получен хороший косметический эффект. У 1 пациентки, ввиду болевого синдрома, по ее настоянию, титановая пластина была извлечена в первый месяц после ее имплантации.

Таким образом, операция методом Nuss с видеоторакоскопическим контролем является оптимальным методом хирургической коррекции воронкообразной деформации груди у взрослых.

Вакулич Д. С. (г. Брест) в своем докладе «Применение обратных внутрибронхиальных клапанов «MEDLUNG» при заболеваниях легких и плевры, осложненных бронхеплевральным свищем» оценил результаты применения данных клапанов у 27 пациентов с эмпиемой плевры на фоне бронхеплеврального свища, которым проводилась клапанная бронхоблокация. Мужчин было 24 (88,9 %), женщин – 3 (11,1 %). Средний возраст составил 49 ± 9 лет. Преобладали пациенты с парапневмоническими эмпиемами на фоне деструктивного процесса в легких в пределах

одного-двух сегментов — 22 (81,5 %). В 3 случаях (11,1 %) диагностирована послеоперационная эмпиема, при этом у двух (7,4 %) из них ранее выполнена анатомическая резекция легких по поводу деструктивной пневмонии. У 1 пациента (3,7 %) нестабильный пневмостаз был связан с неадекватным лечением спонтанного пневмоторакса, еще в одном случае (3,7 %) показанием к операции стал абсцесс верхней доли легкого.

В основной группе у 15 пациентов (55,6 %) с деструкцией легкого, осложненной ограниченной эмпиемой плевры, использована имплантация эндобронхиального клапана в сочетании с применением регулируемой внутригрудной вакуумной аспирации: у 10 (37,1 %) — путем наложения миниторакостомы, у 3 (11,1 %) — после торакоскопической санации, а у 2 (7,4 %) — на фоне дренирования без наложения миниторакостомы с использованием «фитильной» ВАК-системы. Контрольную группу составили 12 пациентов (44,4 %) у которых не использовалась ВАК-терапия в сочетании с бронхоблокацией.

Заживление и облитерация полости эмпиемы диагностированы только у 2 (16,7 %) пациентов контрольной группы ($p < 0,05$). Остаточная полость с нестабильным пневмостазом, как исход лечения, выявлен у 7 (58,3 %), что потребовало длительного дренаженосительства. У 1 (8,3 %) пациента выполнена лобэктомия с купированием воспаления. В 2 случаях контрольной группы (16,7 %) имел место летальный исход, причиной которого в одном случае было прогрессирование деструкции легочной ткани оставшейся доли, осложненной эмпиемой плевры, а в другом — рецидивные внутриплевральные кровотечения с геморрагическим шоком. Длительность стационарного лечения данной группы пациентов составила 41 ± 21 день ($p < 0,05$).

Применение сочетаний ВАК-терапии и бронхоблокации для адекватного своевременного закрытия свищесущего бронха позволяет улучшить результаты лечения гнойных заболеваний легких, осложненных эмпиемой плевры, способствует благоприятному течению раневого процесса и ранней реабилитации пациентов.

С докладом «Диагностика и видеолапароскопическая хирургия ущемленных хиатальных грыж» выступил на Конференции **Скачко В. А.** (г. Минск). Автор доложил, что в 2017–2023 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска видеолапароскопически оперированы 385 пациентов с хиатальными грыжами, из которых у 174 (45,4 %) они были с параэзофагеальными (2–4 типа), что связано с концентрацией пациентов с этим типом грыж в Центре. У 11 пациентов были диагностированы ущемленные хиатальные грыжи (6,3 %), и они после комплексного клинικο-КТ-рентген-эндоскопического обследования были нами оперированы в срочном порядке. До 2017 г. все пациенты с ущемленными параэзофагеальными грыжами были оперированы из лапаротомного доступа и ретроспективный анализ результатов этих вмешательств требует отдельного обсуждения. Из 11 видеолапароскопически оперированных пациентов в период 2017–2022 гг. мужчин было 2 (18,2 %), женщин — 9 (81,8 %). Их возраст варьировал от 38 до 82 лет. 6 пациентов поступили с рецидивом ГПОД. Ранее они были оперированы по поводу ГПОД 1 типа (4 пациента) и 2 типа (1 пациент), у одной пациентки не было данных о типе оперированной грыжи. Медиана срока от момента первой до второй операции по поводу ущемления составила 5 мес. (2 мес.; 16 мес.).

При рецидивных ГПОД у 6 пациентов все ранее созданные антирефлюксные конструкции снимались и ремоделировались. После выполнения задней (8) или комбинированной (3) крурорафии у 10 пациентов выполнена эзофагофундопликация по Ниссену, у 1 пациентки — по Тупе. Средний койко-день составил 12 суток. Послеоперационных осложнений, включая развитие рецидива грыж, и летальности не было.

В конце доклада от автора прозвучали выводы. Клинико-инструментально диагностированная ущемленная параэзофагеальная грыжа является абсолютным показанием к срочной операции, а малоинвазивное

видеолапароскопическое вмешательство при obturatorном виде ущемленной параэзофагеальной грыжи эффективно у 90,9 % пациентов.

В своем докладе «Лапароскопическая антирефлюксная хирургия в Брестской областной клинической больнице: 2010–2020 гг.» **Журбенко Г. А.** (г. Брест) показал результаты лечения 1216 пациентов с диагнозом грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (далее – ГПОД). Из них хирургические методы лечения были применены у 538 (44,2 %) пациентов. Среди прооперированных было 929 (76,4 %) женщин и 287 (23,6 %) мужчин. Их средний возраст составил $48,6 \pm 2$ года. Ретроспективная оценка эффективности хирургического лечения производилась по результатам повторных обращений пациентов с жалобами, характерными для послеоперационных осложнений хирургического лечения ГЭРБ. Для клинической оценки эффективности хирургического лечения применяли адаптированные анкеты-опросники GERD-Q и GERD-HRQ Velanovich. Инструментальная оценка производилась по результатам данных полипозиционной рентгеноскопии пищевода и желудка и фиброгастроскопии. Пациентам выполнялись следующие методики лапароскопических антирефлюксных вмешательств: 107 (20 %) пациентов были прооперированы по методу Toupet, 162 (30 %) пациента – по методике Nissen, при этом чаще использовалась модификация short floppy Nissen, у 269 (50 %) пациентов выполнена собственная методика антирефлюксного вмешательства, относящаяся к операциям по восстановлению острого угла Гисса. Из 538 прооперированных пациентов рецидив ГПОД задокументирован у 48 (8,9 %) пациентов, у 34 (6,3 %) из которых были определены показания к повторной операции.

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения проведена у 371 из 538 пациентов, которые были первично прооперированы по поводу ГПОД. Из 81 пациента

после парциальной фундопликации Toupet у 14 (17 %) задокументирован рецидив ГПОД, у 1 (1 %) пациента развилась дисфагия, 9 (11 %) пациентов обратились за стационарной помощью в связи с развившимся постфундопликационным диспептическим синдромом. При оценке 117 случаев выполнения тотальной лапароскопической фундопликации Nissen у 14 (12 %) пациентов выявлен рецидив ГПОД, у 7 (6 %) пациентов – дисфагия и у 24 (20 %) пациентов – постфундопликационный «gas-bloat» синдром, причина развития которого связана с деваскуляризацией и денервацией дна желудка по ходу его мобилизации для формирования полноценной тотальной фундопликационной манжеты. Из 173 пациентов, которым выполнена лапароскопическая эзофагофундорафия в собственной модификации за стационарной помощью обратились 16 (9 %) пациентов по поводу рецидива ГПОД, у 2 (1 %) пациентов выявлена дисфагия, и у 7 (4 %) пациентов – постфундопликационный «gas-bloat» синдром.

Таким образом, хирургические методы лечения ГЭРБ на фоне ГПОД продемонстрировали свою эффективность в купировании основных симптомов заболевания: изжоги, отрыжки и регургитации. Выявленное при выполнении операций, восстанавливающих острый угол Гисса меньшее количество осложнений связано с техническими особенностями вмешательства: меньшая по ходу выполнения этапа мобилизации денервация и деваскуляризация дна, удаление ретроэзофагеальной липомы, восстановление всех антирефлюксных механизмов зоны пищевода-желудочного перехода.

В целом, секционное заседание прошло на высоком научно-методическом уровне. Обсуждение докладов и дискуссии позволили констатировать достижения в торакальной хирургии не только в столичных клиниках, но и в отделениях торакальной хирургии областных клинических больниц Республики Беларусь.

Поступила 27.12.2023 г.