

РОЛЬ ГЗ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» В СТАНОВЛЕНИИ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

О. Н. МIRONENKO¹, В. В. ВалуЙский²

¹ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»,

²Луганская областная клиническая больница

Торакальная хирургия является одной из самых молодых ветвей хирургической науки. Быстрое развитие торакальной хирургии стало возможным после разработки методов диагностики, оперативной техники, системы мероприятий по борьбе с операционными и послеоперационными осложнениями. Успешное развитие радикальных операций было обусловлено тщательным изучением анатомии легкого и введением в практику изолированной обработки элементов корня легкого, совершенствованием методов обезболивания и широким применением антибиотиков.

Основоположником развития торакальной хирургии в Луганской области стал Н. Н. Земсков, имя которого с полной уверенностью можно поставить рядом с выдающимися учеными хирургами. Еще не существовало торакального отделения в области, а Н. Н. Земсковым в конце 1960 года была произведена первая резекция легкого по поводу кавернозного туберкулеза легких.

В 1963 году было организовано первое на Луганщине отделение грудной хирургии на базе 3 городской больницы. Открывается фтизиохирургическое отделение в областном противотуберкулезном диспансере и отделение грудной хирургии в областном онкодиспансере.

В начале 1993 года торакальное отделение переходит в ОКБ и входит в состав клиники госпитальной хирургии, руководимой профессором А. А. Ольшанецким. Вся торакальная служба, как плановая, так и ургентная, концентрируется здесь.

Торакальное отделение стало координационно-консультативным центром грудной хирургии области, оказывающим круглосуточное оказание помощи больным и пострадавшим. Внештатным областным торакальным хирургом становится В. В. ВалуЙский, а куратором службы доцент О. Н. МIRONENKO.

Переход в ОКБ стал новым качественным этапом в развитии торакальной хирургии. Это, прежде всего связано с внедрением новых современных методов диагностики при заболеваниях легких и органов средостения, а также с более высоким уровнем анестезиологической и

реанимационной службы, которая позволяет производить любые оперативные вмешательства на органах грудной полости.

Практически всем больным с заболеваниями легких производится фибробронхоскопия, а с заболеваниями пищевода эзофагоскопия с цитологическим и гистологическим исследованием полученного материала.

Применяются все рентгенологические, включая рентгенконтрастные, методы исследования трахеобронхиального дерева, пищевода и плевральной полости. При необходимости используется компьютерная томография, ангиопульмография и контрастирование бронхиальных артерий, пневмомедиастеноскопия и графия. Широко применяется диагностическая и лечебная торакоскопия при эмпиемах, плевритах, пневмотораксах, гемотораксах, травмах груди.

Ежегодно в торакальном отделении оказывается помощь около полутысячи больным, которым производится более 400 оперативных вмешательств (около 60 % из них составляют объемные полостные операции на легких, плевре, диафрагме и органах средостения).

Хирургическая помощь оказывается больным с различной патологией легких и плевры – это все нагноительные заболевания, доброкачественные и злокачественные новообразования, их осложнения, а также все травматические повреждения груди. Объем оперативных вмешательств колеблется от сегментарных резекций до расширенных пульмонэктомий и плевропульмонэктомий.

В последние годы приоритетом легочной хирургии у нас в клинике становится пластическая трахеобронхиальная хирургия при доброкачественных новообразованиях, стенозах, а также при травматических отрывах и разрывах трахеи, главных, долевого, а иногда и сегментарных бронхов. Если менее чем 10 лет назад такие больные были обречены на пульмон- или лобэктомию, или постоянное носительство трахеостомы, то сейчас удается сохранить легкое, а также восстановить дыхание через естественные дыхательные пути.

У нас имеется уже довольно большой опыт

применения бронхоскопической окклюзии свищесных бронхов поролоновым обтуратором с электровакуумной аспирацией содержимого из плевральной полости при пиопневмотораксах и острых эмпиемах плевры с бронхоплевральными свищами, что позволяет добиваться закрытия свища и расправлению легкого или быстро санировать полость эмпиемы, подготовить больного к радикальной операции. Это значительно снизило продолжительность заболевания и инвалидизацию больных.

При прогрессирующих нагноительных заболеваниях легких и плевры применяются методики микротрахеостомий, селективной эндобронхиальной катетеризации, введение концентрированных растворов антисептиков и антибиотиков в бронхиальные артерии посредством зондирования дуги аорты.

С момента открытия отделения в ОКБ к нам стали поступать практически все больные с легочным кровотечением и кровохарканьем. И тут мы столкнулись с такой проблемой – что же делать при рецидивирующих легочных кровотечениях у больных, которым хирургическое лечение не показано или противопоказано из-за распространения процесса, сопутствующих заболеваний или возраста. В последние годы совместно с рентгенологами мы разработали и успешно применяем метод чрезаортальной эндоваскулярной пломбировки бронхиальных артерий, что привело к хорошим непосредственным и отдаленным результатам.

У хирургов, пульмонологов и терапевтов возникает проблема в оказании помощи больным с вяло и длительно текущими экссудативными плевритами невыясненной этиологии. Длительное и не всегда этиопатогенетическое лечение этих заболеваний приводит к осумкованию, к панцирным плевритам, и зачастую к эмпиемам плевры. На основании наших наблюдений и работ мы пришли к выводу, что все больные с экссудативными плевритами, у которых на фоне консервативного лечения, экссудация в плевральную полость продолжается более 2,5–3 недели, должны направляться в торакальное отделение, где внедрена методика эндоскопической биопсии и миниторакотомии с биопсией плевры и получением гистологического результата через 7 дней. После чего больной может лечиться с окончательно установленным диагнозом в специализированных учреждениях.

Ургентная помощь пострадавшим с ранениями и закрытой травмой груди оказывается нами круглосуточно. На переднем крае оказания этой помощи стоят хирурги городов и районов области. И если раньше у нас было много нареканий и претензий к городским и районным хирургам, то

проведение выездных регионарных заседаний хирургических обществ по этой проблеме, помогло устранить грубые ошибки в оказании помощи, и разработке четких алгоритмов в показаниях к экстренным хирургическим вмешательствам и в преемственности дальнейшего ведения таких больных. Так, если раньше среди всех эмпием плевры 25 % составили больные с посттравматическими эмпиемами, то сейчас этот процент уменьшился почти в 10 раз. Но имеется еще ряд нерешенных вопросов по технике хирургических ургентных вмешательств, по ведению больных в раннем послеоперационном периоде, по оказанию ургентной помощи пострадавшим с множественными переломами ребер, грудины, пневмотораксами с выраженным газовым синдромом и гемотораксами.

Здесь нам уместно вспомнить то время, когда хирурги приезжали на короткое время на рабочие места в специализированные отделения. Это было бы, на наш взгляд, наиболее оптимальным и продуктивным методом обучения азам торакальной хирургии. Во многих городах и районах имеются ответственные хирурги за оказание ургентной помощи торакальным больным.

В клинике производятся практически все операции по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей и кист средостения, заболеваний и повреждений диафрагмы. Всем больным с опухолями и кистами средостения производится КТ и МРТ – независимо от сроков поступления. На основании наших наблюдений мы пришли к выводу, что наиболее эффективным методом лечения новообразований средостения является хирургический.

В последние годы нами совместно с невропатологами разрабатываются общие принципы консервативного и хирургического лечения титом с миастенией или миастеническим синдромом. Имеющиеся предварительные результаты позволяют сделать вывод, что больным с миастенией показано рентгенологическое и компьютерное исследование переднего средостения, а при наличии рентгенологических изменений в переднем средостении показано хирургическое лечение.

Во время оперативных вмешательств мы практически полностью перешли на трансстернальный доступ при плановых операциях на переднем средостении. Последние годы при доброкачественных опухолях и кистах передненижнего средостения, а также грыжах Ларрея мы внедряли внебрюшинный доступ через переднюю брюшную стенку и таким образом травматичность доступа снизили до минимума, а больных выписываем практически через неделю.

Особое место занимают больные с медиастии-

нитами. Это очень грозное гнойное осложнение при травмах и заболеваниях органов средостения, которое нередко приводит к летальному исходу. Поэтому всех больных мы стараемся оперировать только в нашей клинике, потому что исход заболевания зависит не только от качества и полноты оперативного вмешательства, но и от адекватной реанимационной помощи в послеоперационном периоде. Успех хирургической помощи таким больным зависит от своевременности диагностики и адекватности оперативного вмешательства. Анализ летальности от медиастинитов показал, что хирурги еще не в полной мере осознают грозность этого заболевания, не знают или неадекватно оценивают симптомы, объективные и диагностические данные характерные для медиастинита. Только так можно объяснить позднюю консультацию и госпитализацию этих больных к нам в клинику с вытекающими результатами лечения.

В последнее 10-летие большую актуальность приобрела проблема оказания помощи больным с заболеваниями, ожогами и травмами пищевода.

Особую группу составляют больные с химическими ожогами пищевода. Медицинская помощь таким больным оказывалась по месту жительства в городах и районах области. При том в разных регионах области эта помощь оказывалась по-разному. Как правило, оказанием помощи, учитывая контингент больных, занимались малоопытные хирурги, которые не совсем четко выставляли показания к бужированию, плохо владели этой методикой, а иногда рекомендовали и самобужирование. Это приводило к тяжелым осложнениям (перфорации и медиастиниту) или к формированию недилятируемых постожоговых стриктур пищевода. Таким больным приходилось делать многоэтапные травматические операции (эзофагэктомии с последующей пластикой пищевода).

Поэтому мы всех таких больных решили взять под контроль, и сейчас все 100 % больных с ожогами пищевода лечатся только в торакальном отделении. Нами отработаны четкие алгоритмы оказания помощи, показания к раннему и позднему анте- и ретроградному бужированию, что практически способствовало исчезновению тотальных недилятируемых стриктур пищевода.

Если раньше нами проводилось в год от 6 до 10 пластик пищевода (ретростернальная пластика правой половиной толстой кишки), то сейчас, благодаря кропотливой работе хирургов отделения количество пластик пищевода значительно уменьшилось, а иногда в течение года мы не делаем ни одной тотальной пластики по поводу рубцовых постожоговых стриктур пищевода.

Последние годы нами освоена и внедрена од-

номоментная пластика пищевода желудком (Черноусов).

Особую группу составляют больные с ожоговыми поражениями пищевода и желудка. Это обусловлено прежде всего резким ростом количества таких больных, а также наличием одновременно ожогов и постожоговых изменений в двух разных органах.

Резкое нарушение питания, ведущее к грубым сдвигам в гомеостазе, тяжелое течение коррозионного гастрита и эзофагита заставляли нас в течение недель, а иногда и месяцев, кропотливо выхаживать таких больных.

Профессором А. А. Ольшанецким была разработана методика быстрого восстановления пассажа по желудочно-кишечному тракту с одновременным поддерживающим бужированием пищевода. Это позволило в несколько раз сократить сроки стационарного лечения, улучшить непосредственные и отдаленные результаты.

При ожоговом пилоростенозе в сроке позже одного месяца с момента ожога мы стали применять резекцию стенозированной части желудка (чаще всего пилороантральной зоны) с гастродуоденоанастомозом и гастростомией по Кадеру для ретроградного бужирования. Это оперативное вмешательство мы считаем наиболее оптимальным в физиологическом отношении.

В настоящее время разрабатываются новые методики раннего бужирования с применением новых мазевых и других медикаментозных препаратов. Полученные предварительные результаты нас обнадеживают.

В лечении ахалазии кардии 3-й и 4-й степени мы полностью отказались от трансторакального доступа как травматичного и сопровождающегося иногда осложнениями со стороны плевральной полости, и перешли к методике по Беркутову-Суворовой из верхнесрединного лапаротомного доступа. Ежегодно мы оперируем около полутора десятков больных, и ни одного рецидива не случилось.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с травмами пищевода. Повреждения пищевода возникают вследствие травмы инородным телом, инструментами, при ранении огнестрельным и холодным оружием, являются результатом закрытой травмы и внезапного повышения внутрипищеводного давления. Все это сопровождается развитием тяжелых осложнений.

В настоящее время уделяется более пристальное внимание вопросу непосредственной обработки раны пищевода. До этого считалось, да и сейчас ряд хирургов считает, что шестичасовой рубец является тем пределом, после которого наложение швов на рану пищевода в условиях

активного воспалительного процесса не допустимо. Мы считаем, что на современном этапе развития хирургии пищевода с появлением мощных антибиотиков появились возможности для пересмотра этого вопроса. Мы стремимся ушивать дефект пищевода вне зависимости от сроков. Не смотря на то, что у части больных наступает частичная несостоятельность швов, к этому времени достигается временная изоляция просвета пищевода от зоны деструктивного воспаления клетчатки средостения. Гнойный процесс удается локализовать, и в дальнейшем проблема сводится к лечению пищеводно-медиастинального свища.

В настоящее время разрабатываются проблемы малотравматичных оперативных доступов при спонтанных и травматических пневмотораксах, методик селективных ангиопульмонографий, а также тактики и лечения тромбоэмболии

легочных артерий.

Одну из основных перспектив развития торакальной службы мы видим в создании единого областного торакального центра и внедрении эндоскопической хирургии.

Хочется отметить, что традиционно, еще со времён, когда Н. Н. Земсков был председателем хирургического общества, торакальная служба не была обделена вниманием руководства хирургической службы Луганской области. И в настоящее время мы ощущаем большую поддержку и помощь со стороны руководителя Ассоциации хирургов области профессора А. А. Ольшанецкого и главного хирурга области заведующего кафедрой профессора И. В. Иоффе. Все актуальные, и организационные вопросы регулярно рассматриваются на заседаниях Ассоциации хирургов области, освещаются в печати и по телевидению.