

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ТРАХЕИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Кавайкин А.Г., Чичеватов Д.А.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минсоцразвития России, Пенза,
e-mail: E-mail: kavaikin@mail.ru

Послеоперационные бронхолегочные осложнения (БЛО) после внутриплевральной эзофагопластики при раке пищевода (РП) и гастроэзофагеальном раке (ГЭР), наблюдаются у 13,7-53,0% больных, а летальность от них составляет 40,0-64,0% (Dumont P., 1995; Ferguson M.K., 1999; Ferguson M.K., 2002). Одной из основных причин развития БЛО является нарушение бронхиального дренажа из-за скопления мокроты в просвете дыхательных путей (Matsubara T., 1996). Для санации трахеобронхиального дерева и стимуляции продуктивного кашля ряд хирургов (Демин Д.И., 2005; Bonde P., 2002), рассценивающих данную проблему как заслуживающую внимания, предлагают использовать многократную санационную фибробронхоскопию (ФБС) или микротрахеостомию.

Цель исследования – оценить эффективность чрескожной ФБС-контролируемой катетеризации и пролонгированной аспирации трахеобронхиального секрета для профилактики БЛО внутриплевральной эзофагопластике при РП и ГЭР.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения РП и ГЭР у 159 больных, оперированных в торакальном отделении Пензенского ООД в 1994-2010 гг. Мужчин было 133 (83,7%), женщин – 26 (16,3%). Возрастной диапазон от 33 до 77 лет, средний возраст составил $58,04 \pm 8,2$ лет. Первичный РП диагностирован у 117 (73,6%) больных, ГЭР – у 42 (26,4%). Стадия I заболевания выявлена у 12 больных (7,5%), стадия II – у 57 (35,9%), стадия III – у 62 (40,0%), стадия IV – у 28 больных (17,6%).

Всем больным выполнена первичная внутриплевральная эзофагопластика с медиастиальной лифодиссекцией (ЛД) и формированием анастомоза в купле правого гемиторакса. Гастропластика произведена у 132 (83,0%) больных, тонкокишечная пластика – у 17 (10,7%), толстокишечная – у 10 (6,3%) пациентов. Для формирования анастомоза с пищеводом преимущественно использовали собственную методику наложения муфтообразного анастомоза (патент на изобретение № 2290103 от 27.12.06 г.). ЛД в объеме D2, дополненная удалением параэзофагеальных, парааортальных и бифуркационных лимфоузлов выполнена у 40 больных (25,1%), 2S – у 87 (54,7%), 2F – у 29 (18,2%), 3F – 3 (2,0%) пациентов.

Для профилактики БЛО, связанных с задержкой секрета, с 2000 г. применялась методика

чрескожной ФБС-контролируемой катетеризации и пролонгированной аспирации трахеобронхиального секрета. Манипуляция выполнялась в первые сутки после операции и заключалась в том, что в положении больного на спине с запрокинутой головой (под плечи подкладывается валик), под местной анестезией остроконечным скальпелем по средней линии производился трахеоцентез. В образовавшуюся рану трахеи каудально изогнутым зажимом Бильрота вводился полихлорвиниловый катетер 4-6 мм в диаметре с дополнительным перфорационным отверстием на конце. Положение катетера контролировалось при ФБС. Катетер фиксировался к коже прошивной лигатурой непосредственно у разреза. Введение лекарственных растворов в катетер и аспирацию мокроты из трахеи и бронхов осуществлялась каждые 2 часа. Длительность катетеризации определялась характером мокроты и способностью больного к самостоятельному кашлю. По достижении эффекта (санация мокроты, реэпителизация слизистой бронхов, отхождение фибрина, появление самостоятельного эффективного кашля) катетер удалялся. Данная методика выполнена 74 больным (46,54%).

Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью компьютерной программы «SPSS 13.0.» SPSS Inc.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде послеоперационная пневмония диагностирована у 44 больных (30,5%). Анализ факторов развития пневмонии подтвердил роль нарушения дренажной функции трахеи и бронхов в возникновении осложнения ($p = 0,000$). Морфологическим субстратом данного патологического состояния являлся ишемический бронхит (ИБ), подтвержденный эндоскопически и морфологически. Развитие ИБ достоверно было связано с выполнением медиастиальной ЛД ($p = 0,000$). Так, при выполнении ЛД в объеме более 2S явления ИБ наблюдались у 48,74% пациентов, тогда как при ЛД меньшего объема только у 7,50% ($p = 0,002$). Возрастание абсолютного риска ИБ составило 41,24%, процентный атрибутивный риск – 84,61%. Иными словами, выполнение медиастиальной ЛД являлось существенным фактором, увеличивающим инцидентность ИБ практически на 40%. Аналогичное статистическое исследование показало увеличение инцидентности пневмонии в послеоперационном периоде на 28,6% при возникновении ИБ. То есть, была выявлена четкая зависимость увеличения частоты регистрируемых пневмоний от выполнения медиастиальной ЛД. Анализ результатов катетеризации выявил, что в группе пациентов с ИБ (61 больной – 38,36%) наличие трахеального катетера снижало шанс развития послеоперационной пневмонии в 6 раз ($p = 0,01$), а его отсутствие увеличивало инцидентность послеоперационной пневмонии практически на 42%.

Для подтверждения эффективности катетеризации был проведен анализ динамики пневмонии во времени. Из 159 операций до 2000 г. выполнена 51 эзофагопластика с частотой осложнения 58,8% (30 больных). Начиная с 2000 г. выполнено 108 пластик пищевода с частотой пневмоний 13,0% (14 пациентов). Снижение количества осложнений является статистически значимым ($p = 0,000$). Таким образом, превентивная катетеризация трахеи могла рассматриваться как статистически значимая постепенная и долговременная интервенция, которая влияла на направление временного ряда (снижение количества пневмоний во времени).

Для проверки полученных выводов оценена возможность их зависимости от развития за эти же периоды времени количества ИБ и объема выполняемой ЛД. Проведенный анализ показал, что до 2000 г. ИБ зарегистрирован у 20 из 51 больного (39,2%), тогда как после 2000 г. – у 43 из 108 пациентов (39,8%). То есть, несмотря на увеличение количества оперированных больных, процентное соотношение развившейся ишемии оставалось идентичным ($p = 1,000$). Поэтому можно считать, что снижение числа пневмоний не связано со снижением частоты ИБ.

Для оценки возможного влияния объема выполненной ЛД последняя была ранжирована по порядковой шкале. Наименьший объем ЛД – D2 – 1-й ранг, наибольший – 3F – 4-й ранг. В группе оперированных больных до 2000 г. средний ранг составил 73,99, в группе оперированных после 2000 г. аналогичный показатель был 82,84. Достоверных различий не было ($p = 0,21$). То есть, объемы ЛД до и после 2000 г. не отличались, следовательно, снижение показателя частоты послеоперационных пневмоний не может быть обусловлено снижением агрессивности хирургического вмешательства.

Таким образом, профилактическая управляемая санационная катетеризация трахеи и бронхов оказалась эффективной мерой профилактики послеоперационных пневмоний. Ее систематическое использование позволило достоверно улучшить динамику данного показателя.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИИ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ РАСТВОРЕ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ПРОСТАТЫ

Калининская А.А., Севрюков Ф.А.

*ФГБУ ЦНИИОИ Минздрава России;
Дорожная клиническая больница
на станции Горький ОАО РЖД;
Нижегородская государственная медицинская
академия, Нижний Новгород,
e-mail: Akalininskaya@yandex.ru*

Несмотря на очевидные успехи и преимущества эндоскопической электрохирургии, прочно утвердившейся в клинической практике,

остается достаточно много нерешенных вопросов. Трансуретральная резекция, являющаяся ведущим и общепризнанным стандартом радикального лечения, установления морфологического диагноза и стадирования опухолевого процесса, в то же время не лишена недостатков и серьезных осложнений.

Количество интраоперационных и послеоперационных кровотечений, перфораций достаточно велико. Глубокое термическое поражение тканей, стимуляция нервов и мышц затрудняет применение данного способа при резекции вблизи устья мочеточника, поперечнополосатого сфинктера, в проекции запирательного нерва и затрудняет интерпретацию гистологического препарата морфологом при небольших, тонких срезах. Метод не применим у больных с кардиостимулятором. Нельзя забывать и о ТУР-синдроме.

С целью снижения осложнений, возникающих при данном оперативном вмешательстве, в настоящее время разработаны и внедрены в клиническую практику высокотехнологичные эндоурологические системы, основанные на принципах трансуретральной резекции в физиологическом растворе (TURis) и биполярной хирургии. Новое поколение генераторов обеспечивает лучший гемостаз и бережное отношение к тканям за счет более совершенного механизма обратной связи и расчета параметров тока подаваемого на активный электрод, а применение в качестве ирригационной жидкости электропроводных солевых растворов теоретически устраняет ТУР-синдром.

Трудно переоценить патоморфологическое исследование резецированного материала, которое напрямую связано со степенью коагуляционных изменений в них, особенно если фрагменты невелики по толщине и часто могут быть полностью подвержены коагуляционному некрозу. Установлено, что в режиме «резекция» эта зона практически отсутствует, в режиме же «коагуляция» незначительна. Обычно коагуляционные изменения ведут к выраженным искажениям истинного рисунка ткани. Невозможность трактовки таких участков становится наиболее значимой при трансуретральных биопсиях взятых петлей резектоскопа, особенно когда объем материала может быть невелик и каждое поле зрения имеет большое диагностическое значение. Если в среднем размер коагуляционно измененной ткани в биоптате при ТУРе занимает от 5 до 40% площади препарата, то становится понятно, на сколько повышается количество информационно репрезентативного материала при применении резектоскопа нового поколения.

Система TURis (Transurethral Resection in Saline) – трансуретральной резекции в физиологическом растворе с генератором UES-40 «SurgMaster» фирмы «Olympus» устроена так,