

В. Р. Аскарова, Н. Л. Зверко

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОБЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ТОРАКОТОМИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ И С ПОМОЩЬЮ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТОРАКОСКОПИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. М. И. Дюсьмикеева

Кафедра фтизиопульмонологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск

V. R. Askarova, N. L. Zverko

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LOBECTOMIES PERFORMED BY THORACOTOMIC ACCESS AND BY MEANS OF VIDEO ASSESSED TORACOSCOPY

Tutor: associate professor M. I. Dziusmikeyeva

Department of Phthisiopulmonology,

Belarusian State Medical University, Minsk

«RSPC for Pulmonology and TB», Minsk

Резюме. Статья посвящена изучению особенностей течения операции и послеоперационного периода у пациентов, перенесших хирургическое лечение в объеме лобэктомии с использованием классического торакотомического и видеоторакоскопического доступов. В результате было выявлено, что операции, выполненные с использованием видеоторакоскопических технологий, имели ряд значительных преимуществ по сравнению с операциями, выполненными торакотомическим доступом.

Ключевые слова: лобэктомия, видеоассистированная торакоскопия, торакотомический доступ, послеоперационный период.

Resume. The article is devoted to the study of the features of the operation and the postoperative period in patients undergoing surgical treatment in the volume of lobectomy using classical thoracotomy and video-assisted thoracoscopic approaches. As a result, it was revealed that the operations performed by using of video-assisted thoracoscopic technologies had a number of significant advantages compared with the operations performed by thoracotomy access.

Keywords: lobectomy, video-assisted thoracoscopy, thoracotomic access, postoperative period.

Актуальность. Для диагностики и лечения ряда заболеваний легких требуется хирургическое вмешательство (удаление сегмента, доли или даже целого легкого). Из-за опасности повреждения сосудов и сложности в выполнении адекватной лимфодиссекции, единственным доступом, позволяющим выполнить эти условия, долгое время оставалась торакотомия.

Независимо от степени резекции легкого, этот доступ характеризует высокая травматичность, связанная с расширением межреберного промежутка и повреждением межреберных нервов. Это напрямую связано с выраженностью болевого синдрома и нарушением дыхательной функции.

С развитием эндохирургии стало возможным проводить подобные вмешательства торакоскопически, через небольшие разрезы.

Цель: изучить результаты лобэктомий, выполненных с помощью классического

торакотомического доступа и видеоассистированной торакоскопии (ВАТС).

Задачи:

1. Проанализировать особенности течения операций.
2. Сравнить особенности послеоперационного периода при лобэктомиях с использованием классического торакотомического и видеоторакоскопического доступов.
3. Оценить различия в продолжительности дренирования плевральной полости.

Материал и методы. В процессе работы были изучены стационарные карты 20 пациентов, которым на базе туберкулезного (хирургического торакального) отделения ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2018 году были выполнены операции в объеме резекции доли легкого.

Объектом исследования стали протоколы открытых торакотомических лобэктомий и видеоассистированных торакоскопических лобэктомий, а также карты наблюдения интенсивной терапии отобранных для исследования пациентов.

Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Для оценки значимости различий между выборками использовался U-критерий Манна-Уитни.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от примененного во время операции доступа, все обследуемые были разделены на 2 группы.

Первую группу составили пациенты, которым была проведена лобэктомия через классический торакотомический доступ ($n_1=10$). У 1 пациента данной группы лобэктомия начиналась с ВАТС, но после результата экспресс-биопсии и оценки объема предстоящей резекции было принято решение о конверсии. Количество мужчин и женщин разделилось поровну. Медиана возраста составила 63,5 года; минимальный возраст – 41 год, максимальный – 89 лет (рисунок 1).

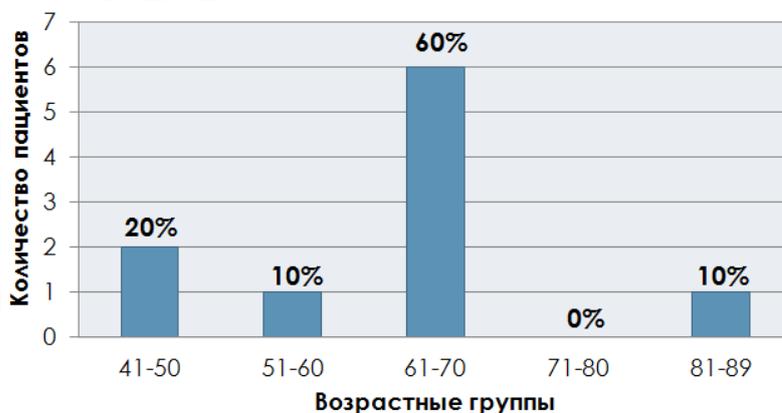


Рис. 1 – Возрастная структура 1 группы

50% пациентов первой группы оперировалось по поводу туберкулезного процесса. Медиана длительности послеоперационного пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реанимации (ОАиР) составила 42,25 часа (min=18; max=112).

В среднем, за операцию пациенты после лобэктомии с помощью торакотомического доступа теряли 325 мл крови. Средний срок пребывания дренажа составил 12 дней.

Во вторую группу вошли пациенты, перенесшие резекцию доли легкого с помощью VATC ($n_2=10$). Процентное соотношение мужчин и женщин составило 60% к 40%. Медиана возраста составила 42 года; минимальный возраст – 17 лет, максимальный – 73 года (рисунок 2).



Рис. 2 – Возрастная структура 2 группы

20% пациентов второй группы оперировалось по поводу туберкулезного процесса. Медиана длительности послеоперационного пребывания пациентов в ОАиР составила 18,5 часов ($\min=16,4$; $\max=47,25$). В среднем, за операцию пациенты после лобэктомии с помощью видеоассистированной торакоскопии теряли 300 мл крови. Средний срок до удаления дренажа составил 8 дней.

В ближайшем послеоперационном периоде в группе пациентов после торакотомического доступа средняя потребность в опиоидных анальгетиках составила $6,9 \pm 3,48$ мл/человека 2% раствора промедола, в группе пациентов после VATC - $2,5 \pm 2,6$ мл/человека (рисунок 3).

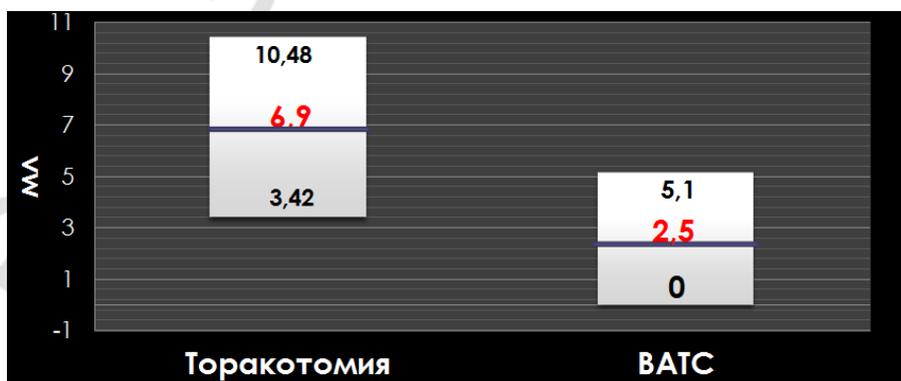


Рис. 3 – Потребность в обезболивании 2% раствором промедола

А также $1,1 \pm 0,9$ мл/человека 1% раствора морфина в группе пациентов после торакотомического доступа и $1,07 \pm 0,6$ мл/человека 1% раствора морфина в группе пациентов после VATC (рисунок 4).

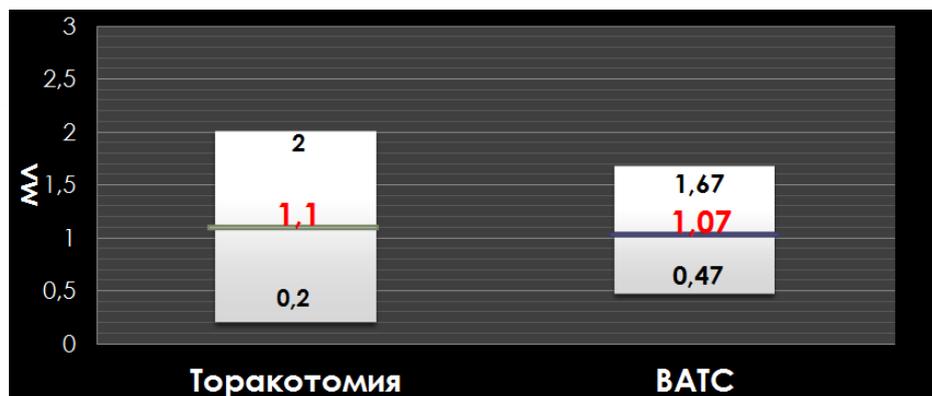


Рис. 4 – Потребность в обезболивании 1% раствором морфина

60% пациентов первой группы в течение всего времени нахождения в ОАиР по эпидуральному катетеру получали ропивакаин со скоростью 6 мл/ч.

Выводы:

У пациентов, которые перенесли резекцию доли легкого с помощью ВАТС, легче протекает послеоперационный период, чем у пациентов после торакотомических лобэктомий.

У пациентов после ВАТС отмечают:

- меньшая длительность пребывания в ОАиР с вероятностью безошибочного прогноза равной более 95% (коэффициент достоверности = 2,55);
- меньшая потребность в наркотическом обезболивании морфином в ближайшем послеоперационном периоде с вероятностью безошибочного прогноза более 99,7% (коэффициент достоверности = 3,16);
- в 1,5 раза меньший средний срок до удаления дренажа.

Литература

1. Гиллер Д. Б. Эффективность выполнения видеоассистированных анатомических резекций легких / Д. Б. Гиллер, С. С. Садовникова, А. В. Папков и др. // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – №1. – С. 126–131.
2. Порханов В. А. Видеоторакоскопические резекции легкого в торакальной хирургии / В. А. Порханов, И. С. Поляков, В. Б. Кононенко и др. // Инновационная медицина Кубани. – 2016. – №1. – С. 5–9.
3. Quality of life after video-assisted surgery for lung cancer / P. Novellis, B. Park // The Lancet Oncology. – 2016. – № 17. – P. 316–317.
4. Hennon M.W. Technique of video-assisted thoracoscopic left pneumonectomy [Электронный ресурс] Journal of Visualized Surgery 2017; 3:32. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5637945> (дата обращения: 28.02.2019).
5. Mitchell J. D. Techniques of VATS lobectomy. [Электронный ресурс] Journal of Thoracic Disease 2013; 5(S3):S177-S181. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24040520> (дата обращения: 2.03.2019).