

эндоскопического методов хирургического лечения, что позволяет достигнуть удовлетворительных результатов в 84% случаев.

118

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ

**Ешмуратов Т.Ш., Сундетов М.М.,  
Лукьянченко П.П., Жарылкапов Н.С.,  
Жунисов Н.А., Акимниязова Б. Б.,  
Елеусизов А.М., Касенбаев Р.Ж.**  
Национальный научный центр хирургии  
им. А.Н.Сызганова, г.Алматы

Врожденные бронхоэктазы относятся к порокам внутриутробного развития и формируются вследствие целого ряда пре- и постнатальных дефектов развития трахеобронхиальной системы. Большинство торакальных хирургов высказывают мнение о необходимости раннего выполнения операций, так как врожденное расширение бронхов приводит к инфицированию бронхиального содержимого и повторным обострениям воспалительного процесса, но часть педиатров выражают сдержанное отношение к проведению операций у детей, придерживаясь тактики длительного динамического наблюдения за больными детьми.

Цель исследования: определить результаты хирургического лечения врожденных бронхоэктазов у детей и взрослых.

Материалы и методы: оперировано 433 пациентов с врожденными бронхоэктазами. Возраст больных колебался от 2 до 65 лет. Детей и подростков (60,9%) было больше чем взрослых (39,1%). Первые признаки болезни у большинства (72,7%) пациентов отмечались с раннего детского возраста. Больные оперировались в период ремиссии. Наиболее часто выполнялась нижняя лобэктомия (35,1%), экстирпации бронхов (22,2%) и комбинированные резекции (17,6%). Операции на левом легком проводились в более чем в полтора раза чаще. У детей и взрослых характер оперативных вмешательств был примерно одинаковым, за исключением поэтапных двусторонних резекций легких, которых у взрослых выполнено больше (3,4% против 10,0%). Взрослые больные имеют более длительный анамнез заболевания, поэтому у них чаще (до 84,1%) встречаются плотные и обширные спайки в плевральной полости. Это ведет к увеличению травматичности и длительности операции, что в дальнейшем отражается на течении послеоперационного периода.

Результаты: частота ранних послеоперационных осложнений у детей составляла 10,6%, а у взрослых достигала до 20,7%. Наиболее частыми осложнениями у оперированных детей были внутриплевральные кровотечения (2,65%) и ателектазы (2,65%) оперированной доли или легкого. У

взрослых чаще встречались бронхиальные свищи (4,1%) и нагноения раны (7,7%). В отдаленном периоде в сроки от 1 года до 22 лет обследованы 190 оперированных пациентов. Хорошие результаты (практическое выздоровление) отмечены у 63,8% детей, что достоверно выше результатов хирургического лечения взрослых больных (47,9%). Среди удовлетворительных и неудовлетворительных отдаленных результатов достоверных различий не установлено. Все неудовлетворительные результаты отмечены у больных с двусторонними поражениями легких и резидуальными бронхоэктазами в оперированном легком.

Заключение: обследование пациентов в отдаленном периоде показало, что своевременная диагностика и раннее оперативное вмешательство снижает риск возникновения послеоперационных осложнений, улучшает показатели отдаленных результатов.

119

### ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БРОНХИАЛЬНЫХ СВИЩАХ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ

**Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т.,  
Хаялиев Р.Я., Эшонходжаев О.Д.**  
РСЦХ им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Вопросы ранней диагностики и выбора тактики лечения развившейся недостаточности культи бронха (НКБ) с образованием бронхоплевральной фистулы (БПФ) продолжают оставаться актуальной проблемой торакальной хирургии. Несмотря на развитие новых технологий частота БПФ остается на высоком уровне, что настоятельно диктует поиск новых путей для решения этой проблемы.

Материал и методы: Обязательным стандартом ранней диагностики НКБ является бронхоскопический мониторинг, который начинает проводиться на операционном столе тотчас после завершения обработки и укрытия культи главного бронха. При этом внимание уделяется длине культи и ее герметичности, состоянию слизистой, проводится санация и при необходимости лаваж бронхов контрлатерального легкого растворами антисептиков и муколитиков. Фибробронхоскопия проводится нами при необходимости на 1-2 сутки после операции, а также на 12-14 сутки, т.е. перед выпиской больных из стационара.

Из 109 больных с БПФ 81 (74,3%) пациент поступил из других клиник, а 28 больным первично была произведена ПЭ в нашей клинике (пациенты контрольной группы с развившейся НКБ).

В 79 (72,5%) случаях первичные операции выполнены по поводу онкологических заболеваний, в остальных 30 (27,5%) случаях по поводу гнойных заболеваний легких. Частота первично выполнен-

ных ПЭ составила 65,1% (71 пациент). НКБ развилась в первые сутки после операции у 3 больных, в течение 7 суток у 43, на 8-14 сутки послеоперационного периода у 31, а к 21 дню у 18 пациентов. В более поздние сроки, до 7 месяцев, она отмечена у 14 больных. В 61 (56,0%) случаях свищ располагался справа, в 48 (44,0%) – слева. Степень несостоятельности культи бронха оценивали с учетом классификации Е.А. Вагнера (1993 г). Подавляющее большинство пациентов – 69 (63,3%) имели НКБ I степени, у 34 (31,2%) больных размеры бронхиальных свищей превысили 5 мм и у 6 (5,5%) пациентов выявлена III степень. При этом следует отметить, что размеры дефекта бронхиальной культи связаны со сроками ее развития: чем раньше возникала НКБ, тем больший размер она имела. Соответственно тактике лечения все пациенты были разделены на три подгруппы. В I подгруппу включено 35 больных, с активной хирургической тактикой, то есть после стабилизации состояния больных с гнойными осложнениями (торакоскопия с дренированием) в среднем через 6,1±1,2 суток, им производилось хирургическое лечение свища. Во II подгруппу включен 31 больной, у которых принята выжидательная тактика, то есть до полного регресса осложнений НКБ, в среднем оперативное лечение выполнялось на 19,2±3,7 сутки. В III подгруппу включены 43 больных, у которых основным методом лечения бронхиального свища были бронхо– торакоскопические методы. Несмотря на столь убедительные результаты после активной хирургической тактики, процент неудовлетворительных результатов (11,4%) особенно у больных после ПЭ справа остается высоким (15,0%) с летальностью 8,6%-10,0% соответственно.

**Выводы:** Таким образом, применение бронхоскопического мониторинга у больных после пневмонэктомии, позволяет провести адекватную раннюю диагностику и определить своевременно тактику эндоскопической или хирургической коррекции. Активная хирургическая тактика при развитии недостаточности культи бронха после ПЭ является наиболее оправданной независимо от характера и стороны поражения, что определяется хорошими результатами у 88,6% пациентов (против 66,7% у пациентов после выжидательной хирургической тактики). При этом летальность снижается почти в два раза (8,6% против 16,1%). Следует отметить, что выбор способа укрытия культи бронха не оказывает существенного влияния на результаты повторной операции. Однако, на наш взгляд, в основном должны использоваться наиболее отработанные и усовершенствованные способы. Предпочтительней в этом плане транстернальная оментопластика.

## ТРАХЕОБРОНХОФИБРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

**Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т.,  
Хаялиев Р.Я., Эшонходжаев О.Д.,  
РСЦХ им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан**

**Введение:** Проблема профилактики несостоятельности культи бронха и бронхиальных свищей многогранна. На сегодняшний день развитие торакальной хирургии невозможно без применения лечебной бронхоскопии. Появление в литературе новых способов бронхоскопической эксцизии, окклюзии или дилатации заслуживает особый интерес и внимание. Современный приоритет в развитии окклюзионной бронхоскопии БПФ принадлежит зарубежным исследователям (Levin A.V. et al., 2007; Kramer M.R. et al., 2008; Kutlu CA et al., 2009; L.M. Precht et al., 2009). Так, С.М. Sivrikoz et al. (2007) сообщают об эффективности использования для закрытия БПФ сочетания эндоваскулярной спирали и фибринового клея.

**Материалы и методы:** В сравнительном аспекте с хирургическими методами укрытия культи бронха представлен собственный опыт и результаты применения бронхоскопического лечения недостаточности культи главного бронха после пневмонэктомии.

Трахеобронхофиброскопия (ТБФС) выполнена у 43 пациентов. Стандартная предоперационная подготовка включала противовоспалительную, десенсибилизирующую, бронхолитическую и муколитическую терапию. Дренирование остаточной полости производили при помощи торакоскопии. Торакоскопические манипуляции на культе бронха не производили из-за их низкой эффективности и в большинстве необоснованности.

**Результаты и обсуждение:** Проведен анализ результатов выполнения бронхоскопической ликвидации бронхоплеврального свища (БПС) в зависимости от стороны поражения. Общая (в зависимости от стороны поражения) эффективность применения бронхоскопической ликвидации БПС составила всего 62,8%, летальность отмечена у 5 (11,%) пациентов. Такой же низкий процент эффективности методики отмечен при анализе в зависимости от стороны поражения. Так, удовлетворительные результаты лечения БПС с применением ТБФС у больных после ПЭ справа отмечены у 58,4% пациентов и у 68,4% после ПЭ слева.

Таким образом, полученные сводные данные при применении ТБФС значительно уступают таковым даже при применении выжидательной тактики (62,8% против 67,7% соответственно).

Мы разделяем точку зрения большинства авторов, что при проведении лечебной ТБФС изна-