

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-