

– рассечения диафрагмы в перикардиальной части, что минимизирует повреждение волокон левого диафрагмального нерва.

Тем самым доступ снижает потенциальный риск пареза и релаксации мышцы диафрагмы с развитием дыхательной недостаточности в раннем послеоперационном периоде, что в 13–35% случаев увеличивает продолжительность нахождения больного на искусственной вентиляции легких, требует наложения трахеостомы и препятствует активному ведению больного [4, 11], а также снижает риск формирования в позднем послеоперационном периоде грыж передней брюшной стенки и стойкого болевого синдрома.

Выводы

1. Предлагаемый способ оперативного доступа позволяет существенно снизить травматичность хирургического подхода к торакоабдоминальным аневризмам аорты при сохранении возможности свободных манипуляций на каждом из объектов вмешательства.

2. Разработанный в эксперименте оперативный доступ в большей степени соответствует современным требованиям рациональности и может быть использован при хирургической коррекции различных видов торакоабдоминальных аневризм аорты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. 2-е изд., испр. и доп. М., 2011. 464 с.
2. Белов Ю. В., Комаров Р. Н. Руководство по хирургии торакоабдоминальных аневризм аорты. М., 2010. 464 с.
3. Белов Ю. В., Комаров Р. Н., Степаненко А. Б. и др. Сравнительная характеристика доступов при хирургическом лечении аневризм торакоабдоминальной аорты // Хирургия. 2007. Т. 7. С. 26–30.
4. Комаров Р. Н. Пути улучшения результатов лечения больных торакоабдоминальными аневризмами аорты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010. 46 с.
5. Раднаев Ч. Д. Оперативные доступы к грудным и торакоабдоминальным аневризмам аорты: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 235 с.
6. Ратнер Г. Л. Принципы выбора хирургического доступа // Хирургия. 1988. № 11. С. 92–96.
7. Созон-Ярошевич А. Ю. Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам. М., 1954. 180 с.
8. Степаненко А. Б., Белов Ю. В. Хирургические доступы к аневризмам аорты. М., 2011. 104 с.
9. Cossely J. S. Thoracoabdominal aortic aneurysms // Vascular Surgery / By ed. R. B. Rutherford. Ed. 5. Philadelphia: W. B. Saunders, 1993. P. 1069–1087.
10. Crawford E. S., Crawford J. L., Safi H. L. et al. Thoracoabdominal aortic aneurysms: preoperative and intraoperative factors determining immediate and long-term results of operations in 605 patients // J. Vasc. Surg. 1986. Vol. 3. P. 389–404.
11. Doss M., Woehleke T., Wood J. P. The clamshell approach for the treatment of extensive thoracic aortic disease // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2003. Vol. 126. P. 814–817.
12. Yamashiro S., Kuniyoshi Y., Arakaki K. et al. Aortic replacement via median sternotomy with left anterolateral thoracotomy // Asian Cardiovasc. Thorac. Ann. 2009. Vol. 17. P. 373–377.

Поступила 06.07.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.24-007-053.1-053.2-089.168-036.8

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИИНВАЗИВНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

А. Ю. Разумовский*^{1, 2}, А. М. Шарипов¹, С.-Х. М. Батаев², А. Б. Алхасов², З. Б. Митупов^{1, 2}, Н. В. Куликова², А. С. Задвернюк¹, Н. С. Степаненко¹

¹ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, Москва; ²Детская городская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова, Москва

Цель. Сравнительная характеристика отдаленных результатов торакоскопического и традиционного методов лечения врожденных и приобретенных заболеваний легких.

Материал и методы. В зависимости от выбора метода оперативного вмешательства больные были разделены на две группы. В основную группу включены 22 пациента, оперированных торакоскопическим способом. В контрольную группу включены 46 детей, оперированных с использованием торакотомии. Обе группы детей были сопоставимы по полу, возрасту и характеру основной патологии. Отдаленные результаты оценивали во время повторной плановой госпитализации детей. Критериями для оценки эффективности проводимого оперативного вмешательства служили результаты общеклинического обследования, рентгенографии грудной клетки в двух проекциях, исследования функции внешнего дыхания (ФВД), ультразвукового исследования и компьютерной томографии грудной клетки.

Результаты. Различные симптомы нарушения дыхательной системы той или иной степени у больных контрольной группы наблюдались в 6 раз чаще, чем у больных основной группы. Изучение рентгенограмм грудной клетки в отдаленном периоде показало, что у детей основной группы в 100% случаев достигнут хороший косметический

*Разумовский Александр Юрьевич, доктор мед. наук, профессор кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, зав. отделением торакальной хирургии и хирургической гастроэнтерологии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, 123001, Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15.

результат. В контрольной группе хороший косметический результат получен у 25 (54,3%), удовлетворительный — у 17 (37%), неудовлетворительный — у 4 (8,7%) пациентов. Изучение параметров ФВД в отдаленный период после операции выявило намного лучшую функциональную активность легких у больных основной группы. Нарушения параметров ФВД в отдаленные сроки обнаружены у 16 больных контрольной группы, тогда как в основной группе — только у 6 пациентов.

Заключение. Торакоскопические операции при лечении врожденных и приобретенных заболеваний легких у детей обладают несомненными преимуществами по всем вышеперечисленным критериям сравнения. Все это позволило авторам считать торакоскопический способ методом выбора для лечения врожденных и приобретенных заболеваний легких у детей.

Ключевые слова: торакоскопические операции, легкие, дети.

Minimally invasive and open surgery treatment of congenital and acquired lung diseases in children: comparison of long-term outcome

A. Yu. Razumovsky^{1, 2}, A. M. Sharipov¹, S.-Kh. M. Bataev², A. B. Alkhasov², Z. B. Mitupov^{1, 2}, N. V. Kulikova², A. S. Zadvernyuk¹, N. S. Stepanenko¹

¹N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; ²N. F. Filatov Children's City Clinical Hospital, Moscow

Objective. The aim of the article was to carry out a comparative review of the long-term outcome of minimally invasive and open surgery treatment of congenital and acquired lung diseases.

Material and methods. Patients were divided into 2 groups depending on the method of surgical treatment. The main group included 22 patients who underwent thoracoscopy. The control group included 46 children who were operated on via thoracotomy. Both groups matched by sex, age and pathology. Long-term outcome was evaluated during patients' second scheduled admissions. Efficacy criteria of our surgical operation were the following: general examination, biplane chest X-ray, respiratory function evaluation (RFE), chest ultrasonography and computer tomography.

Results. Various respiratory disorders of different degrees appeared 6 times more often in the control group than in the main group of patients. Chest X-rays showed good cosmetic result in 100% of patients of the main group in the long-term period. In the control group good cosmetic result was achieved in 25 (54.3%), fair — in 17 (37%), poor — in 4 (8.7%) patients. According to respiratory function evaluation lung function was better in patients of the main group in the long-term postoperative period. Lung function disorders were diagnosed in 16 patients of the control group with only 6 of such — in the main group.

Conclusion. Hence, thoracoscopic operations in treatment of congenital and acquired lung diseases in children have apparent advantages according to the above mentioned criteria. In this respect we consider thoracoscopic operations to be the method of choice in treatment of congenital and acquired lung pathology in children.

Key words: thoracoscopy, lung disease, children.

В последние годы с развитием торакоскопической технологии изменился подход к хирургическому лечению многих заболеваний легких. Торакоскопия внедрена в практику хирургов в большинстве развитых стран мира [1–9]. Использование торакоскопии при коррекции врожденных и приобретенных заболеваний легких характеризуется снижением травматичности операции, что позволяет выполнять практически все внутригрудные вмешательства у детей всех возрастных групп [3, 4, 8, 9].

Имея значительный опыт лечения детей с врожденными и приобретенными заболеваниями легких, мы решили провести сравнительную оценку отдаленных результатов хирургического лечения детей.

Материал и методы

Проведено исследование отдаленных результатов хирургического лечения 68 больных, находившихся в отделении торакальной хирургии Детской городской клинической больницы № 13 им. Н. Ф. Филатова с января 2001 г. по декабрь 2010 г. Возраст пациентов варьировал от 6 до 17 лет (средний возраст 9,6 года). Мальчиков было 40, девочек — 28.

В зависимости от метода оперативного вмешательства больные распределены на две группы: в основную включены 22 (32,4%) ребенка, операция которым выполнена торакоскопическим способом,

в контрольную — 46 (67,6%) пациентов, оперированных с использованием торакотомии в четвертом или пятом межреберье на стороне поражения (в зависимости от расположения патологического процесса). Обе группы детей были сопоставимы по полу, возрасту и характеру основной патологии. Распределение пациентов в зависимости от характера патологии представлено в таблице 1.

Эффективность торакоскопических операций у больных с врожденными и приобретенными заболеваниями легких оценивали на основании изучения отдаленных результатов во время повторной плановой госпитализации детей. Отдаленный период наблюдения после хирургического лечения составил: до 2 лет — у 24, от 2 до 5 лет — у 32 и от 6 до 10 лет — у 12 пациентов (табл. 2).

Структурные изменения в легочной паренхиме в отдаленные сроки после операции определяли методом рентгенографии органов грудной клетки и компьютерной томографии, функциональные изменения в легких — методом исследования функции внешнего дыхания (ФВД).

Критериями для оценки эффективности проводимого оперативного вмешательства служили результаты общеклинического обследования, рентгенографии грудной клетки в двух проекциях, исследования ФВД, ультразвукового исследования и компьютерной томографии грудной клетки.

Таблица 1

Характер патологии в исследуемых группах		
Патологии	Основная группа (n=22)	Контрольная группа (n=46)
Бронхоэктатическая болезнь	6	18
Эхинококкоз легкого	4	16
Хроническая эмпиема плевры	2	4
Лобарная эмфизема легких	2	2
Врожденная киста легкого	3	4
Пороки развития легких	5	2
Всего...	22	46

Таблица 2

Сроки обследования пациентов в основной и контрольной группах		
Срок после операции	Основная группа (n=22)	Контрольная группа (n=46)
До 2 лет	10	14
От 2 до 5 лет	8	24
От 6 до 10 лет	4	8
Всего...	22	46

Результаты и обсуждение

Результаты общеклинического обследования детей контрольной группы показали, что жалобы на сухой и влажный кашель предъявляли 4 больных, одышку при физической нагрузке – 6 больных, боли в оперированной половине грудной клетки – 4 больных. Следует подчеркнуть, что жалобы в основном отмечали у больных с осложненным послеоперационным течением: пиопневмотораксом (4 пациента), инфильтратом легочной ткани (2 пациента), остаточной полостью на месте кисты (4 пациента), мощными плевральными швартами (8 пациентов). У 12 больных, предъявлявших жалобы, при аускультации выслушивали ослабленное везикулярное дыхание на оперированной половине грудной клетки.

При исследовании сердечно-сосудистой системы у 12 больных с бронхоэктазами и у 6 больных с деформирующим бронхитом и диффузными хроническими эндобронхитами в 8 случаях выявлены признаки легочно-артериальной гипертензии и дистрофических изменений миокарда.

Результаты общеклинического обследования детей основной группы показали, что ни в одном случае больные жалоб не предъявляли. У 2 пациентов при аускультации выслушивали жесткое дыхание, у 2 больных после билобэктомии справа имелись признаки легочно-артериальной гипертензии. Предъявляемые жалобы и результаты обследования у пациентов обеих групп представлены в таблице 3.

Таким образом, различные симптомы нарушения дыхательной системы той или иной степени у больных контрольной группы наблюдались в 6 раз чаще по сравнению с больными основной группы.

При проведении рентгенографии грудной клетки в отдаленном периоде изучали структурные изменения в легочной ткани и нарушения со стороны позвоночника (табл. 4).

Согласно полученным данным, у 2 пациентов основной группы рентгенологическая картина тракто-

Таблица 3

Результаты общеклинического обследования в основной и контрольной группах		
Клинические симптомы	Основная группа (n=22)	Контрольная группа (n=46)
Сухой и влажный кашель	–	4
Одышка при физической нагрузке	–	6
Боль в области грудной клетки	–	4
Жесткое дыхание	2	4
Ослабленное везикулярное дыхание	–	12
Легочно-артериальная гипертензия	2	8

Таблица 4

Характер патологии в исследуемых группах		
Патологии	Основная группа (n=22)	Контрольная группа (n=46)
Остаточные полости после операции	–	4
Рубцовые сращения паренхимы легкого с плеврой	–	6
Спайки плевральных листков	2	4
Левосторонний сколиоз грудного отдела 1–2 ст.	–	3
Правосторонний сколиоз грудного и грудопоясничного отделов 1–2 ст.	–	3
Левосторонний сколиоз 3 ст.	–	2
Синостоз ребер	–	8
Высокое стояние угла лопатки	–	8
Ограничение отведения верхней конечности	–	4

валась как послеоперационный плевропневмофиброз, у остальных пациентов структурных изменений в легочной ткани не выявлено. Изменений со стороны костно-мышечных структур ни в одном наблюдении не было (рис. 1).

При изучении рентгенограмм грудной клетки в отдаленном периоде у детей контрольной группы структурные изменения в легочной ткани выявлены



Рис. 1. Внешний вид больной после торакоскопии

у 14 пациентов: наличие остаточных явлений после операции — у 4, рубцовые сращения паренхимы легкого с плеврой — у 6, спайки плевральных листков — у 4 пациентов.

Рентгенологическое обследование позвоночника у детей контрольной группы показало наличие патологии у 8 (17,4%) пациентов: у 3 больных — левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника 1–2 ст., у 3 — правосторонний сколиоз грудного и груднопоясничного отделов позвоночника 1–2 ст., у 2 — левосторонний сколиоз 3 ст. Синостоз ребер в оперированной половине грудной клетки выявили в 8 случаях, причем у 7 из этих пациентов в анамнезе были реторакотомии (рис. 2). У остальных больных изменений в обзорной рентгенограмме не обнаружено.

У 8 (17,4%) пациентов контрольной группы отмечено высокое стояние угла лопатки в результате атрофии зубчатой и широчайшей мышц спины (рис. 3). Ограничение отведения верхней конечности после проведения двух и более торакотомий выявили у 4 (8,7%) больных.

Критерии оценки косметических результатов операции были следующими:

- неудовлетворительный результат — деформация грудной стенки и позвоночника той или иной степени тяжести, наличие синостоза ребер, неудовлетворительная субъективная оценка послеоперационного рубца пациентом и/или его родителями;
- удовлетворительный результат — отсутствие деформации грудной клетки и позвоночного столба, связанной с операцией, удовлетворительная субъек-



Рис. 2. Рентгенограмма грудной клетки при синостозе ребер после торакотомии



Рис. 3. Внешний вид пациентов с высоким стоянием угла лопатки после торакотомии

тивная оценка послеоперационного рубца пациентом и/или его родителями;

– хороший результат — отсутствие деформации грудной клетки и позвоночного столба, связанной с операцией, хорошая субъективная оценка послеоперационного рубца пациентом и/или его родителями.

Изучение рентгенограмм грудной клетки в отдаленном периоде показало, что у детей основной группы в 100% случаев достигнут хороший косметический результат. В контрольной группе хороший косметический результат получен у 25 (54,3%), удовлетворительный — у 17 (37%), неудовлетворительный — у 4 (8,7%) пациентов.

Наряду с изучением клинико-морфологического состояния легких, большую роль в оценке результатов хирургического лечения врожденных и приобретенных заболеваний легких в отдаленные сроки играет исследование восстановления функции органа. С этой целью мы провели изучение ФВД у 20 детей контрольной и у 20 детей основной групп. Были оценены следующие параметры: $ОФВ1_{\text{выд}}$ (объем форсированного выдоха за первую секунду выдоха), $ПОС_{\text{выд}}$ (пиковая объемная скорость выдоха), $МОС25_{\text{выд}}$ (мгновенная объемная скорость в момент достижения 25% объема форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) выдоха, 25% отсчитываются от начала выдоха), $МОС50_{\text{выд}}$ (мгновенная объемная скорость в момент достижения 50% объема ФЖЕЛ выдоха, 50% отсчитываются от начала выдоха), $МОС75_{\text{выд}}$ (мгновенная объемная скорость в момент достижения 75% объема ФЖЕЛ выдоха, 75% отсчитываются от начала выдоха), $ЖЕЛ_{\text{вд}}$ (жизненная емкость легких при вдохе), $ЖЕЛ_{\text{выд}}$ (жизненная емкость легких при выдохе), $ФЖЕЛ_{\text{выд}}$ (форсированная жизненная емкость легких выдоха), $ОФВ1_{\text{выд}}/ФЖЕЛ_{\text{выд}}$ (отношение объема форсированного выдоха за первую секунду выдоха к форсированной жизненной емкости легких выдоха).

По степени выраженности различались минимальные, умеренные и выраженные нарушения параметров ФВД (табл. 5).

Изучение отдаленных результатов ФВД у детей основной группы показало, что величина $ЖЕЛ_{\text{вд}}$ в среднем составила $78,2 \pm 1,9\%$, а $ЖЕЛ_{\text{выд}}$ — $76,7 \pm 2,2\%$. У 4 больных $ЖЕЛ_{\text{выд}}$ оказалась сниженной от 80 до 72%. Средний показатель $ФЖЕЛ_{\text{выд}}$ достигал $75,4 \pm 1,3\%$. Величина $ОФВ1_{\text{выд}}/ФЖЕЛ_{\text{выд}}$ в среднем составила $88,3 \pm 1,9\%$ (табл. 6).

Таблица 5

Границы патологических отклонений легочных объемов

Параметры	Нарушения ФВД		
	Минимальные	Умеренные	Выраженные
$ОФВ1_{\text{выд}}^*$, %	80–74	73–66	<66
$ПОС_{\text{выд}}^*$, %	70–60	59–47	<47
$МОС25_{\text{выд}}^*$, %	72–65	64–51	<51
$МОС50_{\text{выд}}^*$, %	70–60	59–48	<48
$МОС75_{\text{выд}}^*$, %	60–45	44–27	<27
$ЖЕЛ_{\text{вд}}^*$, %	78–75	74–63	<63
$ЖЕЛ_{\text{выд}}^*$, %	76–72	71–60	<60
$ФЖЕЛ_{\text{выд}}^*$, %	79–75	74–65	<65
$ОФВ1_{\text{выд}}/ФЖЕЛ_{\text{выд}}^*$, %	90–83	82–75	<75

Таблица 6

Параметры функции внешнего дыхания в отдаленные сроки

Параметры	Основная группа (n=20)	Контрольная группа (n=20)
ЖЕЛ _{вд} , %	78,0±1,9	76,0±3,2
ЖЕЛ _{выд} , %	76,7±2,2	72,3±1,6
ФЖЕЛ _{выд} , %	75,4±1,3	72,3±1,9
ОФВ1 _{выд} , %	76,5±2,5	72,2±1,4
ПОС _{выд} , %	76,1±2,1	68,0±1,3
МОС25 _{выд} , %	71,0±2,6	58,8±1,4
МОС50 _{выд} , %	67,6±1,2	49,3±2,3
МОС75 _{выд} , %	63,0±3,4	35,0±1,6
ОФВ1 _{выд} /ФЖЕЛ _{выд} , %	88,3±1,9	81,4±1,2

Наиболее объективными показателями при оценке ФВД являются ОФВ1_{выд}, ПОС_{выд}, МОС25_{выд}, МОС50_{выд} и МОС75_{выд}. Средний показатель ОФВ1_{выд} в основной группе составил $76,5 \pm 2,5\%$. Средние значения ПОС_{выд} были увеличены до $76,1 \pm 2,1\%$, а МОС50_{выд} – уменьшены до $67,6 \pm 1,2\%$. Изменение этих пяти параметров ФВД отмечалось в основном у больных с двусторонним поражением легких и осложнениями в послеоперационном периоде.

В целом у детей основной группы в ходе изучения ФВД в отдаленные сроки отмечены нарушения параметров ФВД у 6 пациентов. При этом минимальные нарушения выявлены у 4, умеренные – у 2 детей. Выраженных нарушений ФВД не обнаружено.

Результаты исследования ФВД у детей контрольной группы показали, что средняя величина ЖЕЛ_{вд} составляет $76 \pm 3,2\%$, а средняя величина ЖЕЛ_{выд} – $72,3 \pm 1,6\%$. У 14 больных показатели ЖЕЛ_{выд} были снижены от 78 до 72%. Средний уровень ФЖЕЛ_{выд} составил $72,3 \pm 1,9\%$. Средние показатели ОФВ1_{выд} были снижены до $72,2 \pm 1,4\%$. Величина ОФВ1_{выд}/ФЖЕЛ_{выд} в среднем составила $81,4 \pm 1,2\%$.

Мы наблюдали уменьшение показателя ПОС_{выд} до $68 \pm 1,3\%$. Средняя величина МОС25_{выд} была снижена до $58,8 \pm 1,4\%$, МОС50_{выд} – до $49,3 \pm 2,3\%$, а МОС75_{выд} – до $35 \pm 1,6\%$.

Согласно результатам исследования ФВД в отдаленные сроки у пациентов контрольной группы, нарушение параметров имелось у 16 больных. При этом минимальные нарушения ФВД выявлены у 7, умеренные – у 5, выраженные – у 4 пациентов. Нарушение параметров ФВД мы отмечали у 6 больных с вторичными бронхолегочными заболеваниями и у 10 пациентов после лобэктомии с осложнениями в ближайшем послеоперационном периоде. У 9 (56,2%) из 16 больных контрольной группы в отдаленном периоде параметры ФВД соответствовали возрастной норме.

Заключение

Проведенное нами исследование показало, что у детей контрольной группы по сравнению с детьми основной группы в отдаленный послеоперационный период происходит более выраженное снижение параметров МОС25_{выд}, МОС50_{выд}, МОС75_{выд}. Эти изменения обусловлены наличием остаточных полос-тей после операции, рубцовых сращений паренхимы легкого с плеврой, спаек плевральных листков, изменений структуры легочной ткани после операции.

Изучение параметров ФВД в отдаленный период после операции (ЖЕЛ_{вд}, ЖЕЛ_{выд}, ФЖЕЛ_{выд}, ОФВ1_{выд}, ПОС_{выд}, МОС25_{выд}, МОС50_{выд}, МОС75_{выд}, ОФВ1_{выд}/ФЖЕЛ_{выд}) позволило выявить гораздо лучшую функциональную активность легких у больных основной группы. Функциональные изменения легких у этих детей характеризуются улучшением бронхиальной проходимости в периферических отделах внутригрудных дыхательных путей.

Нарушения параметров ФВД в отдаленные сроки обнаружены у 16 больных контрольной группы, тогда как в основной группе – только у 6 пациентов.

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что выполнение торакоскопических операций при врожденных и приобретенных заболеваниях легких у детей во всех возрастных группах не только возможно, но и целесообразно. Торакоскопия позволяет снизить травматичность операции, раньше восстановить активность пациентов, уменьшить тяжесть течения раннего послеоперационного периода, сократить длительность дренирования плевральной полости и пребывания больных в стационаре. Совершенствование эндоскопической техники в дальнейшем позволит улучшить результаты оперативного лечения врожденных и приобретенных заболеваний легких у детей. Все это будет способствовать благоприятному течению послеоперационного периода и сокращению сроков лечения и реабилитации детей.

Оценивая клиническую эффективность лечения, мы считали достигнутые результаты хорошими при отсутствии жалоб пациентов, патологических изменений по данным контрольных рентгенологических исследований, при наличии нормальных показателей функции внешнего дыхания. Удовлетворительными результаты считали в случае наличия у пациентов жалоб на быструю утомляемость при физической нагрузке, склерозированной ткани по данным контрольных рентгенологических исследований, изменения показателей функции внешнего дыхания на 20% ниже нормы. Результаты оценивали как неудовлетворительные при наличии у пациентов болей в грудной клетке, продуктивного кашля, быстрой утомляемости, деформации грудной клетки. При контрольных рентгенологических исследованиях у таких детей выявляли изменения со стороны позвоночника той или иной степени, наличие пневмосклероза; имели место изменения показателей функции внешнего дыхания на 35% ниже нормы.

В общей сложности при изучении отдаленных результатов хирургического лечения врожденных и приобретенных заболеваний легких у детей контрольной группы хорошие результаты были получены в 76,8%, удовлетворительные – в 12,6%, неудовлетворительные – в 10,6% случаев. Тогда как у детей основной группы хорошие результаты достигнуты в 92%, удовлетворительные – в 8% случаев. Неудовлетворительных результатов лечения в основной группе не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазурин С. В., Сидоров М. А., Харькин А. А. и др. Результаты эндохирургического лечения врожденных солитарных кист легких // Анналы хир. 2011. № 4. С. 49–54.

2. Мамлеев И. А. Видеоторакоскопические операции в хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Уфа, 2004. 48 с.
3. Митупов З. Б. Минимально инвазивные вмешательства в торакальной хирургии детского возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010. 48 с.
4. Разумовский А. Ю., Митупов З. Б. Эндоскопические операции в торакальной хирургии детского возраста. М.: Медицина, 2010. 302 с.
5. Сигал И. Е., Гребнев П. М. Видеоторакоскопические операции у детей // Эндоскоп. хир. 1997. № 1. С. 49–51.
6. Albanese C. T., Rothenberg S. S. Experience with 144 consecutive pediatric thoracoscopic lobectomies // J. Laparoendosc. Advanced Surg. Tech. 2007. Vol. 17. P. 339–341.
7. Curt K., Olivaa V., Gow K. Video-assisted thoracoscopic surgical excision of cystic lung disease in children // J. Pediatr. Surg. 2005. Vol. 40. P. 835–837.
8. Rodgers B. M. The role of thoracoscopy in pediatric surgical practice // Semin. Pediatr. Surg. 2003. Vol. 12. P. 62–70.
9. Rothenberg S. S. Thoracoscopic pulmonary surgery // Semin. Pediatr. Surg. 2007. Vol. 16. P. 231–237.

Поступила 07.11.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.33-002.44-07-089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

К. М. Курбонов*, М. Г. Хамидов, Ф. Ш. Сафаров, Дж. Шарипов

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. – академик АМН РТ К. М. Курбонов) Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, Душанбе

В работе проанализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 180 больных с перфорацией гастродуоденальных язв. Исследование показало, что в патогенезе перфорации хронических гастродуоденальных язв ведущее место занимает окислительный стресс. Патогенетически обоснованным методом лечения перфорации хронических гастродуоденальных язв является иссечение перфоративной язвы в сочетании с ваготомией, а методом лечения перфорации «немых» язв – видеолапароскопическое ушивание с эндоскопической трансгастральной химической ваготомией.

Ключевые слова: окислительный стресс, иссечение перфоративных язв, ваготомия, видеолапароскопия.

Contemporary aspects of diagnostics and surgical treatment in patients with perforation of chronic gastroduodenal ulcers

K. M. Kurbonov, M. G. Khamidov, F. Sh. Safarov, Dzh. Sharipov

Tajik State Medical University, Dushanbe

The results of the complex diagnostics and surgical treatment in 180 patients with perforation of gastroduodenal ulcers are analysed in the work. The study showed that the oxidative stress takes leading place in pathogenesis of perforations of chronic gastroduodenal ulcers. The pathogenetic substantiate method of the treatment of perforations of chronic gastroduodenal ulcers is an excision of perforative ulcers in combination with vagotomy, but method of treatment for perforations of «dumb» ulcers is videolaparoscopic wound with endoscopic transgastral chemical vagotomy.

Key words: oxidative stress, excision of perforative ulcers, vagotomy, videolaparoscopy.

Введение

Несмотря на значительный технический прогресс в медицине, диагностика перфораций гастродуоденальных язв (ПГДЯ) требует дальнейшего совершенствования [3–5]. Примерно в 25–28% случаев при отчетливой клинике перфораций отсутствуют объективные данные – наличие свободного газа в брюшной полости и свободной жидкости при рентгенологическом и ультразвуковом исследовании [1, 2, 6, 12].

Для лечения ПГДЯ многие хирурги до настоящего времени отдают предпочтение простому ушиванию перфоративной язвы с последующим проведением эффективной противоязвенной терапии. Однако непосредственные и тем более отдаленные результаты

после этих операций оставляют желать лучшего [3, 10, 13]. Так, после ушивания ПГДЯ послеоперационная летальность составляет 5–19%, рецидив язвообразования отмечается в 70–80% наблюдений, повторные перфорации – в 14–60%, пилородуоденальные стенозы – в 45–57% случаев [1, 3, 8, 11]. В последние годы появились сообщения о развитии после ушивания перфоративных язв постульцерорафических синдромов [3], которые в значительной степени отягощают результаты хирургического лечения, особенно у больных с перфорацией хронических язв (ХЯ) [4, 7, 10, 13].

В литературе имеется много сообщений с обоснованием необходимости иссечения язв при ПГДЯ в сочетании с ваготомией [4, 8, 13], тем не менее ушивание прободных язв продолжает выполняться, и главным

* Курбонов Каримхон Муродович, доктор мед. наук, профессор, академик АМН РТ, зав. кафедрой. 734003, Республика Таджикистан, Душанбе, ул. Рудаки, д. 139.