

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-

чально необходим избирательный подход в зависимости от размеров дефекта. В этой связи, мы провели анализ результатов применения ТБФС в зависимости от диаметра бронхиального свища. Наибольшая эффективность достигается при лечении бронхиальных свищей диаметром до 3 мм. Так, общее число всех хороших результатов достигает при этом 88,0% (у 23 из 25 пациентов), а у больных после левосторонней ПЭ до 92,3% (у 12 из 13 пациентов).

Основное количество неудовлетворительных результатов приходится на долю пациентов, у которых диаметр БПС составил более 3 мм. Так, число удовлетворительных результатов составляет всего 33,3%. Однако, следует отметить, что у больных с БПС более 3 мм после левосторонней ПЭ эффективность ТБФС значительно превышает как общий показатель (50,0% против 33,3%), так и после ПЭ справа (50,0% против 25,0%).

Соответственно, летальность у больных с БПС до 3 мм почти в 2 раза ниже, чем у больных с БПС более 3 мм (8,0% против 16,7%).

Выводы: Наибольшая эффективность ТБФС достигается при лечении бронхиальных свищей диаметром до 3мм с эффективностью у 83,2% пациентов после ПЭ справа и у 92,3% пациентов после ПЭ слева.

При диаметре БПС более 3мм число удовлетворительных результатов ФБС составляет всего 33,3%. Однако, следует отметить, что у больных с БПС более 3 мм после левосторонней ПЭ эффективность ТБФС значительно превышает как общий показатель (50,0% против 33,3%), так и после ПЭ справа (50,0% против 25,0%).

121

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

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

В основу работы положены клинические наблюдения 538 больных с различными формами новообразований грудной полости, находившихся в отделении торакальной хирургии Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова за последние 20 лет. Проведенные морфологические исследования биопсийного и операционного материала позволили установить злокачественный характер новообразований в 190 (35,3%) случаях и доброкачественный процесс в 348 (64,7%) наблюдениях.

Произведено 558 оперативных вмешательств 538 больным, из которых в 475 (85,1%) случаях операция носила радикальный характер.

Показанием к проведению оперативной торакоскопии являются доброкачественные новообразования вилочковой железы, доброкачественные нейрогенные опухоли средостения, целомическая киста перикарда, медиастинальная липома, тератодермоиды (без признаков нагноения). Оперативная торакоскопия произведена у 147 больных (из них у детей – 37) с новообразованиями средостения: доброкачественные опухоли – 94, злокачественные опухоли – 5, кисты – 48. Удаление медиастинальных кист и липом с помощью торакоскопии оказалось достаточно простым способом и протекало без осложнений. Когда капсула кисты была интимно сращена с жизненно важными органами, часть ее стенки оставляли на месте, но тщательно коагулировали слизистую оболочку для уменьшения риска рецидива.

В 15 случаях торакоскопия закончилась торакотомией, из них у 5 больных опухоли имели злокачественный характер, у 7 больных опухоли имели широкое основание, у 2 пациентов при манипуляции была повреждена межреберная артерия, у одной пациентки повреждена непарная вена, опухоли удалены радикально и кровотечение остановлено.

Отдаленные результаты изучены у 326 (61,7%) пациентов, 281 (86,2%) с доброкачественными новообразованиями, 45 (13,8%) – со злокачественными опухолями средостения. Хорошие результаты отмечены у 273 больных (83,7%), удовлетворительные – у 27 (8,2%), неудовлетворительные – у 26 (8,1).

Неудовлетворительные результаты у больных со злокачественными новообразованиями средостения наблюдались в 23 (7,0%) больных. Среди больных с доброкачественными новообразованиями у 2 (0,6%) причина смерти не была связана с новообразованиями средостения и перенесенной операцией.

Таким образом, больные со злокачественными опухолями представляют собой наиболее тяжелый контингент с малоутешительными результатами.

Наиболее благоприятная в прогностическом отношении группа больных с доброкачественными новообразованиями. Отдаленные результаты хирургического лечения среди данного контингента больных благоприятны.