Ю.В. Якименко, А.В. Квасов, Н.А. Шефер, Е.Б. Топольницкий

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ БРОНХОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ*ОГБУЗ Томская областная клиническая больница (Томск)*

Результаты лечения больных гнойно-деструктивными заболеваниями легких, осложненных пиопневмотораксом, остаются неудовлетворительными, сопровождаются высокой летальностью и инвалидностью. Основополагающим способом местного лечения эмпием плевры остается закрытое дренирование плевральной полости. Однако эффективность его снижается при наличии бронхоплеврального свища, что приводит к формированию остаточной полости из-за замедленного расправления легкого. Временная окклюзия бронхов специальным obturatorом позволяет разобщить бронхоплевральный свищ, что создает условия для эффективного санирования эмпиемы плевры и ускорения выздоровления (Иванов С.В. и соавт., 2000; Бисенков Л.Н., 2004).

Проанализирован собственный опыт комплексного лечения больных бактериальными деструкциями легких с пиопневмотораксом, в лечебный алгоритм которых включена эндоскопическая временная окклюзия бронхов, дана оценка эффективности, определены показания и сроки его применения. К настоящему времени в ОКБ г. Томска выполнено 56 эндоскопических временных окклюзий бронхов при данной патологии. Первоначально дренировали плевральную полость и определяли свищнесущий сегментарный или долевого бронх, затем осуществляли окклюзию бронха. Для этого под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции легких при помощи жесткого бронхоскопа устанавливали поролоновый obturator, в размерах в 2–3 раза превышающий диаметр бронха, подлежащего окклюзии. При успешной окклюзии поступление воздуха по дренажу прекращалось сразу или в первые сутки.

Временная окклюзия бронха у 74 % больных позволила либо полностью ликвидировать пиопневмоторакс, либо значительно уменьшить объем остаточной полости. Последующее лечение остаточных полостей малых размеров проводилось щадящими «малыми» торакальными вмешательствами, с помощью которых удавалось добиться полного выздоровления данной категории больных. Летальных исходов не было. Окклюзия бронхиального дерева способствовала ликвидации остаточной полости и рассматривалась нами как промежуточный этап лечения. Она эффективна только при локализации бронхоплеврального свища в одной доле и сохранении воздушности соседних отделов легкого. По нашим данным, показаниями для временной окклюзии бронха являлись санированная остаточная полость, односторонность поражения легких, регресс деструктивных изменений в легочной ткани. Оптимальный срок окклюзии составляет 2–3 недели. Реаэрация ателектазированного участка легкого наступает на 2–4 сутки после удаления окклюдера.

Таким образом, временная окклюзия бронха у больных острым пиопневмотораксом при ограниченном гнойно-деструктивном процессе в легком повышает эффективность и качество их лечения, снижает летальность при данной патологии.

А.В. Якимчук, Н.П. Степанов, Л.А. Ефтеев**СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ***ГБУ РС(Я) Центральная районная больница (Нерюнгри)*

Цель исследования: расширение возможности использования сосудистых порто-кавальных анастомозов в лечении кровотечений из ВРВП в условиях ЦРБ.

Приводим клинический случай успешного лечения рецидивного кровотечения из ВРВП: Пациентка З. поступила в хирургическое отделение с диагнозом: первичный билиарный цирроз печени, Класс А по Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода IV ст. Рецидивное кровотечение из ВРВП. Анемия смешанного генеза легкой степени.

Пациентка поступила с жалобами на периодические боли в эпигастрии, приступы обильной рвоты кровью — за год 7 эпизодов, слабость, сонливость, быстрая утомляемость.

Выполнено обследование в объеме: УЗИ ОБП, СКТ ОБП, ФЭГДС. Осмотр невропатолога (признаки энцефалопатии 0–I ст.)

С целью предотвращения рецидива кровотечения проведено эндоскопическое лигирование ВРВП (силиконовыми кольцами фирмы «Cook»).

По стабилизации состояния проведена операция в объеме наложения дистального сплено-рениального анастомоза по Уоррену.