

ВЫБОР МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЛЕГКОГО У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКОГО ПРИ РЕЦИДИВНОМ СОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Власова В.А.

МУЗ "ГКБ №4" г. Перми

Пермская государственная медицинская академия

им. акад. Е.А. Вагнера,

*Кафедра оперативной хирургии и
топографической анатомии*

Научный руководитель - к.м.н., доц. А.С. Нагаев

Зав. кафедрой - д.м.н., проф. И.А. Баландина

Неспецифический спонтанный пневмоторакс (НСП) остается одним из распространенных заболеваний в ургентной патологии органов грудной полости. 66% больных - пациенты молодого возраста. Количество рецидивов спонтанного пневмоторакса (СП) при различных способах лечения составляет 26,4-50,3%. Основная причина возникновения СП - буллезная эмфизема легких (БЭЛ). Прогрессирование проявлений БЭЛ по клиническим данным отмечается в пожилом возрасте. Поэтому изучение причин формирования БЭЛ, способствующих развитию СП и его рецидивов у пациентов в молодом возрасте представляется актуальным. Цель - изучить причины формирования БЭЛ, способствующие развитию СП и его рецидивов; определить хирургическую тактику в лечении пациентов с различными вариантами БЭЛ при СП. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 424 больных неспецифическим СП, поступивших в торакальное отделение ГКБ №4 в период с 1997 по 2006 гг. Из них выделена группа пациентов - 97, которым была выполнена атипичная резекция буллезного легкого (АРЛ). Также проведен анализ гистологического материала резецированных участков легких пациентов данной группы. Результаты. 97 пациентам до АРЛ было выполнено 189 торакоскопий и применено 322 лечебных манипуляций по 8 методикам, и тем не менее в различные сроки возникла необходимость герметизации легкого путем атипичной резекции. Манипуляции выполняли с учетом выраженности БЭЛ. У пациентов с 1 или 2 типами БЭЛ использовали для герметизации легкого диатермо- или химическую коагуляцию; с 3 или 4 типами - лигирование бул-

лы, ушивание дефекта, аппаратную резекцию легкого. В ряде случаев использовали сочетание методик. При анализе гистологического материала резецированных участков легких пациентов 15-68 лет отмечали, что в 61,9% (60) случаев БЭЛ развивалась на фоне врожденного порока развития легкого, который выражался в фиброзно-мышечной дисплазии бронхиального дерева и сосудов; в 38,1% (37) - на фоне хронического бронхита, который выражался пролиферацией эпителия, полипозными разрастаниями внутренней оболочки, слизистым содержимым в просвете бронхиол, воспалительной инфильтрацией стенок бронхиол. Сопоставлены результаты гистологических изменений резецированных участков легких с временным промежутком выполнения АРЛ, выявлены закономерности. При врожденном пороке развития легкого АРЛ чаще выполняли при первом эпизоде СП (68%) или в ранние сроки после первого эпизода СП (от 2 до 46 дней) - 30%. А при БЭЛ на фоне обструктивной эмфиземы АРЛ выполняли чаще всего в отдаленные сроки после первого эпизода СП (от 6 месяцев до 10 лет) - 62%. Выводы. В формировании БЭЛ решающее значение имеют врожденные и приобретенные патологические изменения бронхиол и артерий. У пациентов с БЭЛ на фоне врожденного порока развития бронхов отмечается высокий риск рецидива в ранние сроки после первого эпизода СП. Этой категории больных необходимо сразу выполнять аэрозист перевязкой булл, АРЛ и дополнять плеврэктомией. У больных с обструктивной эмфиземой наблюдается

риск рецидива в более отдаленные сроки. Это отражает прогрессирование обструктивной болезни легких.