



І.Д. Дужий, О.В. Кравець, Н.І. Глазунова
Сумський державний університет

Застосування передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики з метою ліквідації верхівкової залишкової плевральної порожнини

Мета роботи — вивчити можливості втілення у ранній післяопераційний період власної методики передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики.

Матеріали та методи. Серед 170 оперованих хворих у ранній післяопераційний період виявлено залишкову плевральну порожнину у 7 (3,9 %). З метою ліквідації залишкових порожнин застосована передньо-верхня екстраплевральна торакопластика за модифікацією авторів [6].

Результати та обговорення. Виконували операцію на 12–18-ту добу з хорошими близькими і віддаленими результатами. Справа операцію виконували у 5 хворих, зліва — у 2.

Висновки. Як малотравматичне оперативне втручання, яке виконують у фізіологічному положенні хворого, операцію рекомендовано для застосування у будь-який близький післяопераційний період.

Ключові слова

Сповільнене розправлення легені, залишкова плевральна порожнина, передньо-верхня екстраплевральна торакопластика.

Захворюваність і хворобливість на туберкульоз (ТБ) у нашій державі очевидної тенденції до зменшення не мають [1]. Поряд із цим ТБ все частіше має поширений характер [7]. Глобальної загрози епідемія туберкульозу набуває внаслідок зростання резистентності мікобактерій до антибактеріальних препаратів [4]. З огляду на це потреба у хірургічному лікуванні хворих на ТБ легень збільшуватиметься [2, 4, 5]. Ускладнення різного характеру в разі застосування резекційних методів оперативного лікування неминучі [5]. Одним із них є утворення залишкових плевральних порожнин. Для ліквідації їх можна застосовувати екстраплевральні торакопластики.

Верхівкові екстраплевральні торакопластики, авторами яких були Коффі, Н.В. Антелави, Графф, Б. Гармсен та Л.К. Богуш, нині вже не застосовують, вони мають лише історичне значення.

Класична задньо-верхня екстраплевральна торакопластика є достатньо травматичним втручанням, яке виконують у нефізіологічному положенні хворого на операційному столі, що унеможливує її виконання у ранній післяопераційний період, до розвитку фіброзних змін у м'язовому каркасі грудної клітки, коли вона може бути найефективнішою.

Актуальність проблеми полягає в тому, що з різних причин, часто незалежних від хірурга і, зрозуміло, непередбачуваних, післяопераційний період ускладнюється сповільненням розправлення оперованої легені і затримкою виповнення нею плевральної порожнини, що призводить до утворення залишкових верхівкових порожнин. Застосування екстраплевральних торакопластик у ранній післяопераційний період з метою ліквідації їх у більшості випадків неможливе чи небажане з огляду на особливості загального стану хворого у цей період (анемія, гіпоксемія-гіпоксія, «стресовий» стан серцево-судинної системи) та на нефізіологічне поло-

ження хворого під час операції і тяжкий чи відносно тяжкий стан хворого. Затримка ж з виконанням такої операції зумовлює розвиток ускладнень за типом плевриту, емпієми, норичь... Зачароване коло замикається.

Мета роботи — розробити і втілити у практику нетравматичний метод передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики, який можна було б виконати у ранній післяопераційний період з метою ліквідації залишкової порожнини.

Матеріали та методи

У дослідження ввійшли 170 хворих із різними формами ТБ легень: переважно фіброзно-кавернозним, циротичним та з множинними туберкульозами, яким було виконано різного характеру резекції: бісегментарні, частектомії та комбіновані резекції, зокрема й розширені. У 7 із них у ранній післяопераційний період констатовано залишкову плевральну порожнину з недостатньою герметичністю легеневої паренхіми. Для ліквідації ускладнення через 12–18 днів виконано передньо-верхню екстраплевральну торакопластику в нашій модифікації [6]. У основу операції покладено завдання розробити спосіб корегуючої передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики, застосування якої дало б змогу здійснити хірургічне втручання для ліквідації залишкової плевральної порожнини у будь-який час після основної операції з обов'язковим виконанням її в фізіологічному для хворого положенні з одночасним зменшенням травматичності та крововтрат.

Операцію виконують так. У положенні хворого на спині з відведеною рукою перпендикулярно до осі тіла (хребта — груднини) паралельно ключиці нижче від неї на 2,5–3 см роблять розріз шкіри, підшкірної основи і поверхневої грудної фасції. Розріз шкіри проходить по краю великого грудного м'яза, не розтинаючи останнього, і доходить до середньо-аксиллярної лінії. Грудні бічні судини (артерія і вени) та довгий грудний нерв, що проходять у цій зоні, на невеликій ділянці відсепаровують і беруть на гумовий чи інший аналогічний тримач. Підключичну порцію пучків великого грудного м'яза розшаровують до зовнішньої третини ключиці, а далі тупо утворюють тунель під цим м'язом до середньо-аксиллярної зони. При цьому оголяються передні поверхні першого і другого ребер. Підокістно витинають друге ребро повністю, якщо залишкова порожнина досягає передніх відділів цього ребра. Розмір залишкової порожнини уточнюють шляхом розтину середніх відділів окістя другого ребра з пальцевою ревізією склепіння грудної порожнини. Після

цього в усіх випадках резектують перше ребро. У передніх його відділах вдається відносно легко здійснювати візуальний контроль за підключичною веною, яка лежить на цьому ребрі, та за підключичною артерією.

Резектують задній відрізок третього ребра від середньо-аксиллярної зони, а за потребою, залежно від розмірів залишкової порожнини, — і подібний сегмент четвертого ребра. Склепіння залишкової порожнини виділяють екстрафасціально і «лампасують» за ходом окістя по ложу видалених ребер. Залишкову порожнину обробляють антисептиком, усередину порожнини вводять мікроіригатор для антибіотиків, а зовні, екстраплеврально, — дренаж для відсмоктування екстравазату. Мікроіригатор герметизують. Дренаж ставлять «на грушу» для «м'якого» активного відсмоктування або за Бюлау. Характер дренажування та спосіб аспірації залежать від стану залишкової порожнини, а саме наявності чи відсутності герметизму резектованої легені. Зашивають післяопераційну рану пошарово, створюючи ватно-марлевым валиком екстракорпоральний тиск. Антибіотики вводять за потреби, з урахуванням чутливості мікрофлори.

Результати та обговорення

Ускладнення резекційних втручань за типом верхівкових залишкових порожнин виявлено у 7 (3,9 %) оперованих: у 6 чоловіків і у одній жінки. Попри адекватне дренажування, просочування повітря у плевральну порожнину в післяопераційний період продовжувалося, що затримувало розправлення легені й могло призвести до інших плевро-легеневих ускладнень. З огляду на це хворим запропонували корегуюче втручання за описаним вище способом [6]. У 5 із них передньо-верхню торакопластику виконано справа, у двох — зліва. Крововтрата не перевищувала 120–150 см³. Шви знімали, як завжди, на 9-ту добу. Загальна тривалість післяопераційного періоду через додаткове втручання не збільшилася. Значного впливу на форму грудної клітки внаслідок операції не помічено. У віддалений період (6 міс—3 роки) загострень чи рецидивів основного процесу не спостерігалось. Хворі працездатні.

Наводимо клінічний приклад. *Хвора В.*, 18 років, студентка. Оперована з приводу множинних туберкульоз правої верхньої та середньої часток: виконано комбіновану резекцію легені (С1–2+С5). Післяопераційний період ускладнився залишковою плевральною порожниною з паренхіматозними мікрофістулами С3. Оскільки консервативними заходами ліквідувати порожнину не вдавалося, на 18-ту добу післяопера-

ційного періоду виконано передньо-верхню трьох-реброву торакопластику за описаною методикою. Порожнину ліквідовано, дренажі та мікроіригатор видалено на 5- та 9-ту добу. Хвору виписано із відділення на 38-му добу після основної операції.

Оперативне втручання з метою ліквідації залишкової порожнини застосовано у мінімально короткий термін після основного хірургічного втручання. Передньо-верхню торакопластику виконували у фізіологічному положенні. Завдяки розшаруванню грудного м'яза крововтрати практично не було. Тривалість ліжко-дня не перевершила середню.

Отже, застосування запропонованого оперативного втручання дає змогу в будь-який час після основної операції виконати корекцію плевральної порожнини стосовно резектованої легені.

Список літератури

1. Дмитриев В.А. Глобальная проблема туберкулеза и современная стратегия ВОЗ борьбы с ним // Антибиотики и химиотерапия.— 2008.— № 5–6.— С. 3–6.
2. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври.— К.: Здоров'я, 2003.— 358 с.
3. Дужий І.Д. Екстраплевральна торакопластика та її місце в умовах епідемії туберкульозу // Клін. хір.— 2003.— № 8.— С. 38–40.
4. Комисарова О., Абдуллаев Р., Ерохин В. Обширная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза — гло-

Висновки

1. Виконано оперативне втручання у 7 хворих в обсязі 3–4 ребер.

2. Операція не супроводжувалася відчутною крововтратою (120–150 см³), оскільки не перетинали м'язів.

3. Операцію виконували у фізіологічному положенні хворого, що дає змогу проводити її ослабленим пацієнтам у ранній післяопераційний період, одразу після виявлення залишкової порожнини.

Перспективи подальших досліджень. Набувши належного досвіду з виконання запропонованої методики торакопластики, вивчити можливість її застосування при хронічних залишкових порожнинах та емпіємі плеври.

бальная угроза для человечества // Врач.— 2010.— № 5.— С. 25–27.

5. Опанасенко М.С., Терешкович О.В., Паливода М.Г. та ін. Ефективність хірургічного лікування туберкульозу легень у сучасних умовах // Журн. АМН України.— 2009.— Т. 15, № 4.— С. 726–741.
6. Патент на корисну модель № 79427 «Спосіб корегуючої передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики». МПК (2013.01) А 61 В 17/ 00.
7. Петренко В.М., Черенько С.О., Литвиненко Н.А. Туберкульоз із розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів: ситуація в Україні // Укр. пульмонол. журн.— 2007.— № 3.— С. 55–57.

И.Д. Дужий, А.В. Кравец, Н.И. Глазунова
Сумский государственный университет

Применение передне-верхней экстраплевральной торакопластики с целью ликвидации верхушечной остаточной плевральной полости

Цель работы — изучить возможности внедрения в близкий послеоперационный период собственной модификации передне-верхней экстраплевральной торакопластики.

Материалы и методы. Среди 170 оперированных в ранний послеоперационный период остаточную плевральную полость констатировано у 7 (3,9 %) больных. С целью ликвидации остаточных полостей применена передне-верхняя экстраплевральная торакопластика в модификации авторов [6].

Результаты и обсуждение. Выполняли операцию на 12–18-е сутки с хорошими близкими и отдаленными результатами. Справа операция выполнена у 5 больных, слева — у 2.

Выводы. Как малотравматичное оперативное вмешательство, которое выполняют в физиологическом положении больного, операцию рекомендовано к использованию в ранний послеоперационный период.

Ключевые слова: замедленное расправление легкого, остаточная плевральная полость, передне-верхняя экстраплевральная торакопластика.

I.D. Duzhyi, O.V. Kravec, N.I. Glazunova
Sumy State University, Sumy, Ukraine

The use of anterior upper extrapleural thoracoplasty for the purpose of liquidation of residual pleural cavity

Objective – to study the possibilities of applying own method of anterior upper extrapleural thoracoplasty in the short-term postoperative period.

Materials and methods. 7 (3.9 %) of 170 operated patients in the early postoperative period had residual pleural cavity. In order to eradicate residual cavities anterior upper extrapleural thoracoplasty in modification of the authors was applied [6].

Results and discussion. Operation was performed on the 12–18 day with good early and distant results. Operation on the right side was performed in five cases, left – in two cases.

Conclusions. Being not traumatic surgical intervention and performed in the physiological position, the operation is recommended to perform in any short-term postoperative period.

Key words: time-lapse lung expansion, residual pleural cavity, anterior upper extrapleural thoracoplasty.

Контактна інформація:

Дужий Ігор Дмитрович, д. мед. н., проф., зав. кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фізйотриї
40030, м. Суми, вул. Троїцька, 48
Тел. (0542) 65-65-55
E-mail: info@dgs.sumdu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 17 вересня 2013 р.