

УДК 616.24/25-007.253-036.11-08-089.27:616.233

© Я.Г. КОЛКІН, В.В. ХАЦКО, Є.С. ПЕРШИН, С.В. МЕЖАКОВ, О.М. СТУПАЧЕНКО, С.І. ГЮЛЬМАМЕДОВ, Д.В. ВЕГНЕР, Е.В. ЛОБАНОВ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Тимчасова оклюзія бронха як лікувальний засіб при гострих легенево-плевральних норичцях

YA.H. KOLKIN, V.V. KHATSKO, YE.S. PERSHYN, S.V. MEZHAKOV, O.M. STUPACHENKO, S.I. HULMAMEDOV, D.V. VEHNER, YE.V. LOBANOV

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

TEMPORARY OCCLUSION OF THE BRONCHIAL TUBE AS THE WAY OF TREATMENT AT ACUTE PNEUMOPLEURAL FISTULAS

За період з 1993 до 2010 року у клініці хірургії ім. К.Т. Овнатаняна ДонНМУ ім. М. Горького перебували на лікуванні 477 хворих із різними формами гострої гнійної деструкції легень. Різні варіанти тимчасової оклюзії бронха застосовані у 79 хворих, у яких основне захворювання було ускладнено бронхоплевральною норичцею та піопневмотораксом. Методи дослідження були стандартними. Оклюзії лобарного чи сегментарного бронха суцільним обтуратором (55 пацієнтів) передували попередня санація уражених бронхоплевральних ділянок та внутрішньоплевральний гідролаж легень з перемінним тиском. У 24 хворих тимчасова оклюзія бронха проводилася порожнім обтуратором згідно з методом, який був запропонований автором. Померли 4 пацієнти, 75 видужали. Розроблений метод дозволяє ефективно провести санацію ураженої легень з обтурованим бронхом у поєднанні з її поступовим розправленням.

In the period from 1993 to 2010 the authors had under observation 477 patients with acute pulmonary destruction following various courses. Variants of temporary occlusion of the fistula-carrying bronchus were performed in 79 patients in whom the disease was complicated by bronchopleural fistula and pyopneumothorax. The methods of the research were standard. Occlusion of a lobar or segmental bronchus (55 patient) was preceded by preliminary flow cleansing of the affected bronchopulmonary areas and intrapleural hydrolavage of the lung with alternating pressure. In 24 patients temporary occlusion of the bronchus was conducted with a hollow obturator according to the method suggested by the authors. Among 79 treated patients 4 died, 75 recovered. Thus, the method allows to do sanitation of the affected lung with the occluded bronchus in combination with its gradual reexpansion.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Лікування гострої деструкції легень є однією із складних проблем хірургічної пульмонології, що привертає до себе увагу торакальних хірургів [4, 5].

Застосування лікування хворих з ускладненою деструкцією легень, тимчасовою оклюзією бронхів істотно розширило можливості методу, що не тільки запобігає аспірації гнійного вмісту в здорові відділи легень, але й усуває надходження повітря у плевральну порожнину. Це створює умови для розправлення колабованої легень, загоєння бронхіальних норичць, нормалізації легеневої вентиляції і газового складу крові [1, 2, 3].

Мета роботи: поліпшення результатів лікування хворих із гострими легенево-плевральними норичцями за допомогою розробленого способу тимчасової оклюзії бронха.

Матеріали і методи. У клініці хірургії ім. К.Т. Овнатаняна ДонНМУ за період з 1993 до 2010 року перебували на лікуванні 477 хворих із різними формами гострої гнійної деструкції легень. У 79 із них, у віці від 15 до 57 років, у зв'язку з розвитком бронхоплевральних норичць чи утворенням гігантських абсцесів у паренхімі легень, застосовані різні варіанти тимчасової оклюзії часткових чи сегментарних бронхів. У 49 була уражена права легень, у 27 – ліва. У 3 випадках процес мав двобічний характер. У 26 хворих зміни локалізувалися у верхній частці, у 42 – у нижній, і в 11 пацієнтів відзначена полісегментарна деструкція легень.

Спочатку (у 55 випадках) тимчасова оклюзія виконувалася під час бронхоскопії в умовах загального знеболювання з уведенням суцільного обтуратора у бронх із норичцею. Обтуратор виготовляли з поролону на металевій основі, що виступає для

захоплення бронхоскопічними щипцями. Гнучка основа дозволяла моделювати вигин обтуратора, забезпечуючи його введення навіть у сегментарні бронхи верхньої частки. Рентгеноконтрастність матеріалу дозволяла контролювати положення обтуратора.

Обтурації часткового чи сегментарного бронха обов'язково передувала санація уражених бронхолегеневих ділянок. При адекватній санації вже протягом 7-9 днів спостерігали необхідний клінічний ефект, який полягав у значному ослабленні гнійного ендобронхіту і запальних змін у паренхімі, що підлягає в умовах майбутньої оклюзії відключенню від бронхіальної системи. Проте основною причиною повторних оклюзій у 6 хворих було прогресування основного деструктивного процесу. Повторна оклюзія бронхів у цих хворих виконана з метою санації бронхів, розташованих дистальніше оклюзії, для профілактики прогресування гнійної деструкції легень. Попередня підготовка уражених бронхолегеневих ділянок дозволяла подовжити час оклюзії до 3-х тижнів, що виявилось цілком достатнім для загоєння нориць у більшості хворих.

Санацію плевральної порожнини проводили з використанням принципу її гідролаважу з перемінним тиском.

Результати досліджень та їх обговорення. У 32 хворих, у яких давність утворення нориць не перевищувала 2 тижнів, 29 видужали. У 3-х сформувалась пристінкова залишкова суха порожнина з множинними бронхоплевральними норицями, після закриття частини яких і локалізації процесу в одній частці виконана її резекція зі сприятливим результатом.

Складним виявилось лікування 23 пацієнтів із легеневою деструкцією, ускладненою піопневмотораксом, з тривалістю захворювання від 1 до 3 місяців. У зв'язку із занедбаністю запального процесу їм була потрібна більш тривала попередня санація легені. Клініко-рентгенологічне видужання досягнуто у 10 хворих. 9 хворим із ригідною легенею успішно проведена декортикація.

Померли 4 пацієнти: 1 хворий – у результаті прогресуючого мієлолейкозу, 1 – від великого інфаркту міокарда, 1 пацієнт – у зв'язку з розвиненим сепсисом, і в 1 випадку смерть настала у зв'язку з профузною легеневою кровотечею.

Оклюзія бронха з норицею суцільним обтуратором, сприяючи розправленню легені, часто не дозволяла вирішити проблему санації бронхолегеневої ділянки між обтуратором і нижчерозташованими ураженими відділами легені.

Нерідко при цьому погіршення стану хворого, у зв'язку із скупченням гнійного секрету нижче об-

туратора й утворенням додаткових бронхоплевральних нориць, зумовлювалося неефективністю суцільної обтурації.

Тобто, виникла нагальна потреба в розробці способів оклюзії, що оптимально поєднуються з тим чи іншим видом санації і застосовуються залежно від характеру паренхіматозних абсцесів, ступеня їх сполучення із бронхіальним деревом чи плевральною порожниною.

Ця обставина спонукала до пошуків оптимального варіанта, при якому можливість раннього розправлення колабованої легені вдало поєднувалася б з одночасною санацією відключеної бронхолегеневої ділянки.

Це привело нас до думки про створення порожнього обтуратора із санаційним катетером, який вводиться в бронх єдиним блоком, що дозволяє уникнути повторних оклюзій, а головне – досягти найбільш раціонального одночасного забезпечення головних елементів даного методу. З метою абсолютного виключення помилкової оклюзії прилеглого неушкодженого бронха, санаційний катетер оклюзуючого пристрою виводять разом з тимчасово фіксованим до нього, попередньо проведеним через периферичний отвір бронхіальної нориці в центральні відділи трахеобронхіального дерева провідником, витягаючи його через периферичний отвір бронхіальної нориці на грудну клітку до щільного введення обтуратора у норицenesучий бронх (Патент Росії № 2092108).

Застосувавши даний спосіб у 24 пацієнтів, ми досягли повноцінного клінічного ефекту в 22 хворих із гострою гнійною деструкцією легень.

Метод забезпечує оптимальну санацію уражених бронхолегеневих сегментів в умовах оклюзії у поєднанні з можливістю поступового розправлення легені. При цьому проведення вакуум-аспірації вмісту абсцесу, постійний лаваж гнійної порожнини антисептичними розчинами з наступним введенням антибіотиків перешкоджає поширенню інфекції, утворенню нових бронхіальних нориць. Крім того, можливість виконання санації в умовах уже зробленої оклюзії, а не перед нею значно скорочує терміни лікування цього контингенту хворих.

У цілому, з 79 пацієнтів із різними варіантами тимчасової оклюзії бронхів 4 померли і 75 видужали (94,9 %).

Висновки. Оклюзія суцільним обтуратором норицenesучого бронха може бути методом вибору в лікуванні деструктивних процесів легень, однак не завжди забезпечує видалення гнійного секрету, що накопичується нижче обтуратора. Використання розробленого порожнього обтуратора з катетером

забезпечує високоточну оклюзію, надійну фіксацію обтуратора в бронху, а також дозволяє проводити санацію уражених ділянок легені в умовах виконаної оклюзії, що забезпечує максимальний ефект лікування і значно скорочує його тривалість.

Перспективи подальших досліджень. У перспективі доцільно застосовувати даний метод у поєднанні з динамічним рентгеноендоскопічним дослідженням і вивченням бронхіальної мікрофлори пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Левин А.В. Применение клапанного бронхоблокатора при пострезекционных эмпиемах и остаточных полостях с бронхоплевральными свищами / А.В. Левин, Е.А. Цеймах, А.М. Самуйленков [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 6. – С. 46–49.
2. Левин А.В. Применение клапанной бронхоблокации при осложненном туберкулезе легких / А.В. Левин, Е.А. Цеймах, П.Е. Зимонин // Пособие для врачей. – Барнаул, 2008. – 24 с.
3. Цеймах Е.А. Применение клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больного с острым абсцессом легкого, ослож-

- ненным кровотечением на фоне тяжелой сочетанной травмы / Е.А. Цеймах, А.В. Левин, Т.А. Толстихина [и др.] // Проблемы клинической медицины. – 2007. – № 1. – С. 115–117.
4. Каримов Ш.И. Пути снижения летальности при легочных кровотечениях / Ш.И. Каримов, Н.Ф. Кротов, З.Ф. Шаумаров [и др.] // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. – 2000. – № 3. – С. 53–56.
5. Киргинцев А.Г. Тактика хирургического лечения больных с легочным кровотечением : автореф. дис. на соиск. науч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.03 “Хирургия” / А.Г. Киргинцев. – М., 2002. – 27 с.

Отримано 16.08.10