

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ БРОНХА ПУТЕМ ПЛЕВРИЗАЦИИ ПАРИЕТАЛЬНОЙ ПЛЕВРОЙ

И.С. Фунлоэр, А.Т. Казакбаев, Т.К. Юсупов

Профилактика несостоятельности культы бронха после радикальных операций на легких является важным аспектом в торакальной хирургии, для этого с целью оптимизации данной проблемы внедрен метод плевризации париетальной плеврой культы бронха свободным лоскутом и лоскутом на сосудистой ножке.

Ключевые слова: несостоятельность культы бронха; плевризация культы бронха; париетальная плевра.

В торакальной хирургии послеоперационные бронхиальные свищи являются тяжелым осложнением, развивающимся у 16% больных после пневмонэктомии, лобэктомии и удаления сегмента. По другим данным, у 17 %, преимущественно после резекции и удаления правого легкого, что обусловлено известными анатомическими особенностями [1–25].

Для любого лечебного учреждения, в котором выполняются более 30% резекции легкого и его части за год, проблема несостоятельности культы бронха и связанные с ней бронхиальные свищи, абсцессы и эмпиемы плевры являются серьезной проблемой. Лечение больных с этими осложнениями – сложный, трудоемкий и дорогостоящий процесс [25]

Возникновение свищей при различных способах закрытия культы бронха привело к необходимости изучения процессов ее заживления.

Согласно универсальным законам воспаления, основные этапы заживления ран любого генеза и локализации принципиально не различаются, а наиболее благоприятным является заживление первичным натяжением.

Эксперименты на животных показали, что заживление культы бронха первичным натяжением при закрытии ее традиционными швами происходит лишь в 18% случаев [1, 21].

Заживление культы бронха чаще происходит вторичным натяжением из-за трудностей при сопоставлении краев слизистой оболочки и невозможности их надежной фиксации вследствие эластического сопротивления хрящевого остова. Швы на культе бронха играют временную роль удержания ее в состоянии герметичности до периода созревания соединительной ткани. В дальнейшем швы обычно прорезаются и обнаруживаются под эпителием бронха или снаружи в рубцах. В клинической практике больные нередко

откашливают лигатуры или металлические скобки вместе с мокротой. Заживление культи бронха наиболее часто наступает за счет перибронхиальных тканей, так как внутренние соприкасающиеся стенки бронха выстланы эпителием и процессы фибротизации здесь могут развиваться только после атрофии слизистой оболочки [5, 23].

Профилактика несостоятельности культи бронха при резекциях легких остается до настоящего времени одной из сложнейших задач торакальной хирургии. В литературе на сегодняшний день описано более 40 способов обработки культи бронха при резекциях легких [7].

Используются многочисленные варианты укрытия культи бронха различными ауто-, ксенотрансплантатами и аллотрансплантатами [2, 3, 15, 16]. Также имеются сведения об укреплении культи бронха с применением клеевых композиций, тефлоном, фибриногеном [4, 6, 11, 12]. Встречаются единичные сообщения об использовании углекислотного лазера и ультразвука [8, 19, 20].

В практическом здравоохранении в укреплении культи бронха распространение получили механический и ручной швы бронха, недостатки которых связаны с проникающим характером и формированием лигатурных бронхоплевральных сообщений [5, 9, 17, 18].

Несмотря на большое количество публикаций по затронутой проблеме, патогенез профилактики несостоятельности культи бронха (НКБ) после ПЭ и ЛЭ едва ли можно считать досконально изученным, а вопросы ее профилактики полностью решенными

Поэтому не оставлены поиски решения проблемы несостоятельности культи бронха путем применения различных оптимальных способов обработки культи бронха [14].

Нами обработаны и проанализированы 15 клинических случаев радикальных операций на легком, которые были проведены в течение 2009 года в отделении Торакальной хирургии Национального госпиталя при МЗ КР. Из них 7 клинических случаев составили различные виды резекции легких, при которых культя бронха укреплялась плевризацией свободным лоскутом паритальной, медиастенальной плевры, плеврой перикарда на сосудистой ножке. Эти случаи вошли в основную группу, а 8 клинических случаев составили обычные виды резекций легких, где культя бронха не плевризовалась, и вошли в контрольную группу.

Больные по полу составили: 8 – мужчин, 7 – женщин, по возрасту: от 18 до 55 лет, средний

возраст – 37 лет. Всем больным были проведены различные виды радикальных резекций легких: 10 резекций доли легкого и 5 резекций легкого. 4 случая бронхоэктатической болезни, 2 – хронических абсцессов легких, 1 – гипоплазии легкого, 1 – цирроза легкого, 7 – округлых образований легкого. Больные проходили до операции общеклинические обследования, рентгенографию, томографию, бронхографию, компьютерную томографию, фибробронхоскопию, торакографию, электрокардиографию, УЗИ обследование органов брюшной полости, общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, мокроту на бациллы Коха и атипичные клетки.

Всем больным производилась боковая торакотомия в пятом межреберье, отдельная обработка корня доли, сегмента и всего легкого, т.е. производилась анатомическая скелетизация бронха и сосудов. Поочередная перевязка сосудов с прошиванием и пересечением, затем бронх доли, сегмента или самого легкого ушивали аппаратом УКЛ–40 и удаляли скальпелем. Оставшуюся культю бронха в контрольной группе дополнительно укрепляли узловыми швами. В основной группе культю бронха укрывали свободным или на ножке лоскутом паритальной плевры с прошиванием узловыми швами. После чего грудную полость дренировали во втором и седьмом межреберье. Производили ревизию на аэрозастаз и контроль на гемостаз, затем рану наглухо ушивали. В послеоперационный период оценивали следующие показатели: количество поступающего отделяемого экссудата по дренажу, поступление воздуха по дренажу и на какой день он прекращался, период пребывания дренажа в грудной полости, послеоперационные осложнения, проведение бронхоскопии до операции и после операции, послеоперационные кровотечения, реторакотомия. В основной группе в послеоперационном периоде не наблюдалось несостоятельности культи бронха, поступление воздуха по дренажу прекращалось раньше, чем в контрольной, уже в первые послеоперационные сутки или не было как такового, дренажи в среднем удалялись на 2–3-и сутки, осложнения со стороны оставшегося легкого и плевральной полости в послеоперационный период не наблюдались. На 9–10-е сутки после операции пациентов выписывали домой. В контрольной группе в послеоперационный период умер один больной вследствие несостоятельности культи бронха после лобэктомии с формированием эмпиемы и кровотечением из легочной артерии. Барботаж сохраняли в первые 1–3 суток, дренажи удаляли

в среднем на 6-е сутки, эмпиему плевры наблюдали в одном случае, кровотечение – в одном случае. Пациентов выписывали на 12–13-е сутки после операции.

Таким образом, преимущество плевризации культи бронха становится очевидным после такого сравнения:

1) для плевризации культи используется аутопластическая ткань с близким анатомическим и гистологическим строением, которое дает быстрое заживление;

2) паритальная плевра является прочным материалом, плотно окутывая культю бронха, не дает прорезаться швам, дополнительно укрепляющим механический шов, и создает надежную герметизацию культи;

3) лоскут паритальной плевры надежно изолирует культю от свободной плевральной полости. Это подтверждено уменьшением барботажа в послеоперационном периоде и экссудации в плевральную полость;

4) паритальная плевра обладает еще и антисептическим свойством, что создает оптимальные условия заживления;

5) дополнительно укрепленная культя бронха паритальной плеврой не дает возможности развиться культигиту, перикюльтигиту с формированием микроабсцесса, эмпиемы с последующим формированием несостоятельности культи бронха.

Таким образом, примененная нами методика плевризации культи бронха может быть рекомендована для внедрения в клиническую практику.

Литература

1. Абдулла Б.А., Корнилова З.Х., Бойков А.К., Перельман М.И. // Пробл. туб. 1990. № 7. С. 57–61.
2. Вишневецкий А.А. и др. // Грудная хирургия. 1987. № 4. С. 30–34.
3. Григорян В.А., Скляр П.М., Степанов В.С. // Грудная хирургия. 1987. № 2. С. 59–63.
4. Гринблат А.И., Маркочаев А.Б., Онущенко Б.Н. // Грудная хирургия. 1984. № 3. С. 65–69.
5. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии. М., 2004.
6. Егиазарян В.Т., Бродер А.И., Янрыцев И.М. // Вестник хирургии. 1990. № 8. С. 9–10.
7. Куницын А.Г., Усков Д.А. Сравнительная характеристика некоторых способов закрытия культи бронха после пневмонэктомии по поводу бронхолегочного рака // Груд. и сердеч. сосуд. хир. 1994. № 6. С. 61–62.
8. Кабанов А.Н. и др. // Вестник хирургии. 1987. № 4. С. 54–59.
9. Левченко Е.В., Шутов Е.А., Тришин А.А. и др. // Вестник хирургии. 2005. № 3. С. 15–22.
10. Лыткин М.Н., Гришаков С.В., Лишенка В.В., Василяшко В.Н. Формирование культи бронха при пульмонэктомиях // Вестник хирургии. 1987. № 11. С. 22–27.
11. Левашов Ю.Н., Егоров В.И. // Грудная хирургия. 1987. № 3. С. 78–83.
12. Муромский Ю.А., Бинецкий Э.С., Прищепко М.П. // Вестн. хир. 1986. № 11. С. 85–90.
13. Перельман М.Н., Амбатьелло Г.П. // Хирургия. 1983. № 5. С. 29–32.
14. Перильман М.И. // Хирургия. 1986. № 5. С. 3–11.
15. Сардак Г.А., Сардак В.Г. // Вестник хирургии. 1984. № 7. С. 22–26.
16. Скляр П.М., Григорян В.А. // Грудная хирургия. 1983. № 1. С. 46–50.
17. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онкопульмонология. М., 2000.
18. Топольницкий Е.Б., Дамбаев Г.Ц., Фомина Т.И. Морфологическая оценка различных способов закрытия культи бронха после пневмонэктомии // Бюлл. эксперим. биол. и мед. 2009. Т. № 8. С. 231–235.
19. Усманов Н.У. // Груд. и сердеч. сосуд. хир. 1990. № 10. С. 47–49.
20. Фунлоэр И.С. Применение углекислотного лазера в хирургии легких: Автореф. дис... д-ра мед. наук. Л., 1990.
21. Хасанов Р.М., Курбагалеев А.И., Бондарев А.В. и др. // Грудн. и серд.-сосуд. хир. 1994. № 6. С. 63–64.
22. Algar F.J., Alvarez A., Aranda J.L. et al. // Ann. Thorac. Surg. 2001. Vol. 72, № 5. P. 1662–1667.
23. Dziedzic D., Orłowski T. M., Jakimiuk R. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2000. Vol. 17. №2. P. 111–116.
24. Deschamps C., Bernard A., Nichols E.C. et al. // Ann. Thorac. Surg. 2001. Vol. 72. № 1. P. 243–247.
25. Rienhoff W.F., Gannon J. Closure of the bronchus following total pneumonectomy // Ann. surgery. 1942. Vol. 116. №24. P. 481–531.