

**ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ТОРАКАЛЬНИХ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ»**

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Збірник наукових праць

Випуск 1

ЧАСТИНА 1

**Кіровоград
2010**

ББК 54.57
УДК 617.54+617.55
Т 59

Торакальна хірургія. Збірник наукових праць. Частина 1. — Кіровоград:
ТОВ «Імекс-ЛТД», 2010. — Вип. 1. — 170 с.

Редакційна колегія:

Голова

Макаров А.В. — професор кафедри торакальної хірургії і пульмонології
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Заступники

Велігоцький М.М. — завідувач кафедри торакоабдомінальної хірургії
Харківської медичної академії післядипломної освіти;

Гетьман В.Г. — завідувач кафедри торакальної хірургії і пульмонології
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Багіров М.М.

Байдан В.І.

Валуйський В.В.

Висоцький А.Г.

Глумчев Ф.С.

Гринцов А.Г.

Грубник В.В.

Дужий І.Д.

Захарічев В.Д.

Івашковський В.А.

Калабуха І.А.

Келемен І.Я.

Колесов Є.В.

Колкін Я.Г.

Кошак С.Ф.

Мироненко О.Н.

Мітюк І.І.

Мясоєдов С.Д.

Опанасенко М.С.

Перцов В.І.

Савенков Ю.Ф.

Сокур П.П.

Секела М.В.

Сташенко О.Д.

Суховерша О.О.

Урсол Г.М.

Флорікян А.К.

Фомін П.Д.

Шевчук М.Г.

Шевчук М.Т.

Шейко В.Д.

Шипулін П.П.

Адреса редакції:

Всеукраїнська громадська організація «Асоціація торакальних хірургів України», вул. К. Маркса, 65, кімн. 311, Кіровоград, Україна, 25001
Тел.: +380 (522) 36-60-00

Реєстраційне свідоцтво:

серія КВ № 16826-3498Р від 19.07.2010

ТОРАКАЛЬНА ХИРУРГИЯ: ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ

Грудную хирургию в Украине начал развивать всемирно известный врач Николай Михайлович Амосов. С 1947 по 1952 год, работая главным хирургом в Брянске, он стал активно заниматься грудной хирургией, вел большую научную работу и в 1953 году защитил докторскую диссертацию. В 1952 году Н. М. Амосов, будучи уже крупным специалистом в области грудной хирургии, был приглашен в Киевский институт туберкулеза для руководства специально созданной клиникой торакальной хирургии. Здесь в полной мере раскрылся его разносторонний талант хирурга и исследователя, физиолога и инженера, стала особенно плодотворной научная, организаторская, практическая, педагогическая и общественная деятельность. В 1961 году работы Н. М. Амосова по легочной хирургии были отмечены Ленинской премией. В 1955 году Амосовым была создана первая в СССР кафедра грудной хирургии для усовершенствования врачей, подготовившая сотни специалистов для Украины и других республик Союза, которую он же и возглавлял.

Дело своего учителя и коллеги продолжила Ольга Матвеевна Авилова — заслуженный деятель науки, лауреат Государственной премии СССР, заслуженный врач Украины, доктор медицинских наук, профессор, которая в 1975 году возглавила кафедру торакальной хирургии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П. Л. Шупика. Выдающийся хирург мирового уровня, одна из основателей торакальной хирургии в Украине и реконструктивной хирургии трахеи и бронхов в СССР, профессор О. М. Авилова воспитала плеяду ученых-хирургов — это профессора М. М. Багиров, А. В. Макаров, П. П. Сокур, В. Г. Гетьман, десятки кандидатов медицинских наук.

В Брянске вместе с Н. Амосовым работал Александр Алексеевич Шалимов — еще один врач, имя которого на слуху у многих в Украине. Будучи коллегами, они щедро делились друг с другом новыми идеями и методами, что позволило обоим подняться в медицине на невероятную высоту. В 1959 году А. Шалимову предложили переехать в Харьков и возглавить кафедру грудной хирургии и анестезиологии Украинского института усовершенствования врачей. Этому предшествовала в том же году защита в Харькове Александром Алексеевичем докторской диссертации на тему «Хирургическое лечение рака поджелудочной железы и Фатерова соска» — уникальной работы, которая явилась новым направлением в лечении больных с этой сложной патологией.

Созданная А. А. Шалимовым кафедра была размещена на базе 2-й городской больницы и называлась кафедрой торакальной хирургии и анестезиологии. Основными направлениями научной и лечебной деятельности кафедры стали непривычные и редкие по тому времени темы: лечение приобретенных пороков сердца, хирургия пищевода, легких, поджелудочной железы, желудка, печени. В больнице появилась первая ангиографическая приставка, бронхоскопы, начата разработка аппарата искусственного кровообращения.

Первый выпуск курсантов состоялся в конце 1959 года. Один цикл сменялся другим, учиться на кафедру ехали из всех уголков бывшего Советского Союза. Объем оперативных вмешательств возрастал, в больнице появились первые палаты интенсивной терапии и реанимации. В подвале здания больницы были развернуты экспериментальная лаборатория с виварием и экспериментальная операционная. Быстро начинает развиваться на базе 2-й больницы торакальная и сосудистая хирургия, в том числе операции на артериальных сосудах с протезированием синтетическими протезами и аутовеной по оригинальной методике А. А. Шалимова.

Ехали на кафедру учиться как молодые, так и зрелые хирурги и ученые, в том числе из Москвы, Ленинграда, Киева и других университетских центров Союза. В том же году на кафедре прошли стажировку 7 докторов медицинских наук и 12 кандидатов медицинских наук. По приглашению профессора А. Г. Киселева (одного из ближайших учеников профессора Ф. Ю. Розе) Александром Алексеевичем Шалимовым совместно с учениками (А. К. Флорикян, Б. И. Медведовский) в хирургических отделениях института туберкулеза и 6-го противотуберкулезного диспансера разрабатывались и внедрялись операции резекции легких, открытой и закрытой кавернектомии, двусторонних, последовательных резекций легких и др.

В мае 1965 года Харьковский НИИ неотложной хирургии и переливания крови переименовывается в Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии и его директором становится профессор А. А. Шалимов. Вместе с ним на базу института переходит и возглавляемая им кафедра, уже получившая название торакоабдоминальной хирургии, которая становится ядром нового института. В институте организуются отделения хирургии сердца и сосудов, хирургии легких, пищевода, желудочно-кишечного тракта, хирургии печени, внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы.

Многое из того, что делали в это время А. А. Шалимов и его ученики, делалось впервые: впервые в Харькове, впервые в Украине, впервые в Союзе, впервые в мире. Впервые А. А. Шалимов начинает оперировать детей с врожденными пороками сердца с применением созданного в Харькове коллективом талантливых хирургов, физиологов и инженеров завода им. Шевченко аппарата искусственного кровообращения. Впервые в Харькове широким фронтом начинают выполняться операции на магистральных артериальных сосудах.

В те годы А. А. Шалимовым разрабатываются и выполняются в эксперименте (на свиньях) операции пересадки сердца, и только несовершенство законов и категорический запрет союзного министра не позволили А. А. Шалимову выполнить эту операцию одним из первых в Союзе и в Европе.

Харьковский период, по признанию самого А. А. Шалимова, был настоящим взлётом всей его профессиональной хирургической и научной деятельности.

После отъезда А. А. Шалимова в Киев кафедру торакоабдоминальной хирургии в Харькове возглавляли его ученики профессора А. Г. Винниченко и А. К. Флорикян. Научные интересы кафедры концентрировались на проблемах хирургии пищевода, хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хирургии легких, средостения, политравмы. С 1988 года и до настоящего времени кафедру возглавляет лауреат Государственной премии Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Н. Н. Велигоцкий.

На Кировоградщине основателем торакального направления в хирургии был главный хирург области, кавалер орденов Ленина и Трудового Красного Знамени, заслуженный врач Украины Василий Фокич Савченко.

Первые операции на органах грудной клетки в г. Кировограде были произведены Ф. М. Хмельницким в хирургическом отделении областной больницы еще в 1948 году. В этом же году в 1-й горбольнице г. Александрии (Ю. В. Осмоловским) и облтубдиспансере (Ф. А. Заславским) также впервые были произведены резекции лёгких по поводу туберкулеза. Однако систематические плановые оперативные вмешательства на органах грудной полости начали осваиваться и производиться лишь в 1955 г. на базе хирургического отделения областной больницы, которым заведовал талантливый организатор, замечательный хирург и человек, первый главный врач областной больницы, кандидат медицинских наук Филипп Михайлович Хмельницкий.

В феврале 1955 г. для обучения оперативным вмешательствам на органах грудной клетки в г. Киев, в клинику грудной хирургии к профессору Н. М. Амосову, направляется ординатор хирургического отделения В. Ф. Савченко, и после прохождения им подготовки у Амосова в хирургическом отделении областной больницы начали проводиться

плановые операции на органах грудной полости: 16 апреля 1955 г. Ф. М. Хмельницким и В. Ф. Савченко впервые произведено чрезплевральное удаление невриномы заднего средостения, 23 апреля — первая лобэктомия по поводу бронхоэктатической болезни, 16 мая — первая пневмонэктомия по поводу прикорневого бронхогенного рака лёгких, а 2 июля — первая пневмонэктомия по поводу множественных абсцессов левого лёгкого. Все оперированные больные выздоровели.

Врачи хирургического отделения накапливали опыт предоперационной подготовки, осваивали новые оперативные вмешательства, совершенствовали послеоперационное ведение больных, ими внедрялись и совершенствовались новые методы исследования: бронхография, бронхоскопия, эзофагоскопия, кимография, томография, пневмомедиастинография и др. Необходимо отметить, что оперативные вмешательства на органах грудной клетки проводились в начальный период освоения торакальных операций под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией и операции длились от 3 до 7-8 часов.

В 1959 г. группа врачей областной больницы (В. Ф. Савченко — хирург, И. Ф. Львов — анестезиолог, Т. С. Шендрик — терапевт) вновь прошли подготовку по сердечно-сосудистой хирургии в клинике, руководимой профессором Амосовым, и уже 25 ноября 1959 г., т. е. вскоре после возвращения с курсов, В. Ф. Савченко была произведена первая митральная комиссуротомия по поводу стеноза митрального клапана. Больная выздоровела. За период с 1955 до конца 1959 г. при хирургическом отделении областной больницы было произведено 166 операций на органах грудной клетки.

С каждым годом расширялись объём и виды оперативных вмешательств, увеличивалось количество больных, нуждающихся в оперативном лечении. Возникла необходимость в создании самостоятельного отделения грудной хирургии. В октябре 1959 года облздравотдел получил приказ Министерства здравоохранения УССР об открытии в Украине в 6 областях (включая и Кировоградскую областную больницу) торакальных отделений. И 29 октября 1959 года в областной больнице было организовано отделение грудной хирургии на 30 коек. Заведующим отделением был назначен В. Ф. Савченко, ординаторами-хирургами — В. Д. Жабо, В. П. Найко, Ш. О. Дзнеладзе, терапевтом — Т. С. Шендрик, анестезиологом — И. Ф. Львов, старшей сестрой отделения — Р. А. Смирнова. В самом начале отделение было развёрнуто в двух палатах по 5 коек, были в отделении 1 врач, 3 медсестры, 3 санитарки, и только в конце января 1960 г. штат отделения был увеличен.

Врачи отделения проводили большую организационно-методическую работу в городских и районных больницах области с целью раннего выявления и своевременного направления больных с хирургической патологией органов грудной клетки на консультации и лечение в торакальное отделение областной больницы.

В те годы областная больница располагалась на территории больницы им. Святой Анны, основанной в 1904 г. елисаветградской помещицей Анной Дмитрян в честь ее дочери Анны, трагически погибшей в юном возрасте.

Василий Фокич Савченко в свое время вспоминал, что «на 50 койках, на которые была рассчитана больница, было развёрнуто 250 коек. Однако областная больница к тому времени нуждалась в 700–750 койках. Необходимо было развёртывать целый ряд отделений и служб, так как облбольница теряла своё значение как организационно-методический и лечебно-диагностический центр здравоохранения области».

В начале 1960 г. по указанию обкома КПУ областная больница была переведена на базу 2-й городской больницы (сейчас это помещение детской областной больницы). Там был развёрнут и размещен целый ряд новых отделений, в том числе и торакальное отделение на 30 коек. В отделении имелись хороший операционный блок для чистых операций, чистая манипуляционная, операционная для гнойных операций, гнойная перевязочная и 7 палат по 4-5 коек, санузлы, душевая, ординаторская и помещение, где был оборудован рентгенкабинет. На этой базе уже можно было развивать настоящую

хирургическую деятельность по оказанию помощи больным с патологией органов грудной клетки. Так закончилась эпопея создания полноценного торакального отделения и службы грудной хирургии в области. Постепенно отделение было оснащено необходимой аппаратурой, оборудованием и инструментарием. Одновременно с отделением при поликлинике областной больницы был открыт торакальный кабинет, куда направлялись на консультацию больные из городской и районных больниц области.

С тех пор минуло 50 лет. Отделение торакальной хирургии развивалось и совершенствовалось, стало современным, пополнилось новым оборудованием. За эти годы развитию торакальной хирургии в Кировограде отдавали свои силы и знания В. П. Найко, Л. П. Кондратенко, В. А. Лунтовский, А. Г. Крошак, В. Г. Гетьман, В. Ф. Деундяк, Г. Н. Урсол, С. П. Бондарчук, В. А. Давыдкин. Новые прогрессивные методы диагностики, современное лечение, поиски решения ранее неразрешимых проблем — все это они направляли и направляют на самое главное в своей жизни врача — спасение жизни и здоровья больных.

Тысячи выздоровевших — вот лучшая оценка деятельности медиков, в том числе и специалистов отделения торакальной хирургии Кировоградской областной больницы и других медицинских учреждений Украины.

УДК 616.233-006.6-089.87

1. BRONCHIAL CARCINOID TUMOURS: DO THEY NEED EXTENSIVE RESECTION?

Mazin Eljamal, MD, FACS, Peter Goldstraw, FRCS

Al Bashir Hospital, Amman, Jordan, Royal Brompton Hospital, London, UK

OBJECTIVES: To asses the feasibility of conservative resection for bronchial carcinoids, to validate this by a study of recurrence and survival, and to assess those factors which might affect such a policy.

METHODS: Within a period of 25 years 130 patients were treated with a diagnosis of bronchial carcinoid tumour. Patients underwent complete assessment for surgical treatment. We performed conservative resection with preservation of functional pulmonary parenchyma.

RESULTS: Mean age of patients was 52 years. Symptoms were present in 65% of patients, 62% were central in position. Surgical resection was performed in 115 patients. Five did not undergo surgery because of multiple foci, severe comorbid cardiac pathology or patient's refusal. Three patients underwent pneumonectomy for severe distal lung damage, wrong initial pathologic interpretation as a lung cancer, or for recurrence, Lymph node involvement was present in 21 patients (N 1-17, N 2-4), of which 14 were found in 93 with typical feature, and 17 with atypical feature. During a 15-year follow-up period 97% of patients were free of recurrence. There were three deaths (refusal of surgery, recurrence, or distant mets).

CONCLUSION: Bronchial carcinoid tumour is a low-grade tumour. Conservative resection is feasible and safe, and results are nor influenced by the lumpth node involvement, and therefore should not extend the surgical procedure as for nonsmall cell lung cancer. Typical carcinoid to be considered benign rather than malignant tumour.

KEY WORDS. Typical carcinoid, atypical carcinoid, conservative lung resection.

УДК 616.329-006.6-089.87

2. ANALYSIS OF ESOPHAGECTOMY IN PATIENTS 70 YEARS AND GREATER <O: P>PAN>

El Jamal M, Mathisen DJ

Thoracic Surgery Unit, Massachusetts General Hospital, MA, USA

The objective is to assess the feasibility of esophagectomy in elderly patients and the outcome of multimodality treatment.

METHODS: Patients 70 years and older undergoing esophageal resection for cancer were identified retrospectively. Patients were divided in two groups: Group A received either neoadjuvant, adjuvant therapy or both and Group B had surgery alone.

RESULTS: Between 1990-2000, 114 patients were identified. The mean age was 75.7 (70-89). The diagnosis was adenocarcinoma in 80%. The pathological stage was 0 (1.8%), I (12.4%), IIA (39.8%), IIB (22.1%), III (16.8%), IVa (4.4%) and IVb (2.7%). Fifty one percent received either neoadjuvant, adjuvant therapy or both. Group A was younger (74.2 vs 77.2, p=0.002) but there was no difference in stage (p=0.51). Seventy four percent of patients receiving neoadjuvant therapy completed treatment.

The major morbidity rate was 16%, with one anastomotic leak, three ischemic conduits, two ARDS, three Thoracic Duct injuries and three respiratory failures. There was no difference in complications between the groups.

The overall perioperative mortality was 4.4% (Group A 3.4% and B 5.5%). Overall five-year survival was 28%. Group A had a lower three (22% vs 43%, p= 0.01) and five year survival (17% vs 42%, p=0.004) compared to Group B.

CONCLUSION: Esophagectomy for cancer in patients seventy and older can be accomplished with acceptable morbidity and mortality. Multimodality therapy is well tolerated in selected patients. Even though patients receiving multimodality therapy had significantly lower three and five year survival, this may represent selection bias. The role of multimodality treatment in elderly patients warrants further study.

УДК 616.24-089.87-073.176-089.48: 611.25

3. THE BENEFITS OF DIGITAL AIR LEAK ASSESSMENT AFTER PULMONARY RESECTION: PROSPECTIVE AND COMPARATIVE STUDY

José Manuel Mier, Laureano Molins, Juan José Fibla

Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, Spain

BACKGROUND: Persistent air leak represent the most common pulmonary complication after elective pulmonary resection. Since there are not enough data in the literature regarding variability in the management of postoperative pleural drainages, we have designed a prospective, comparative study to evaluate if the use of digital devices to measure postoperative air leak (device A, device B), compared to a classical underwater seal device (C), varies in deciding when to withdraw chest tubes after lung resection and its influence in clinical practice.

METHODS: A prospective trial was developed in 75 patients that underwent elective pulmonary resection. This study compared two digital air leak devices (A and B) with the current under water seal system (C) in 75 patients. Each groups had 26 (A); 24 (B) and 25 (C) patients. SPSS v13 packed was use for statistical analysis.

RESULTS: Age, sex, pulmonary function, type of resection and diagnosis were not statistically different between the groups. The withdrawal of the chest tube and the hospital length of stay was A: 3.5d and 3.7d; B: 3.7d and 4d; C: 3.8d and 4.8d. Patients and nurses were subjectively more comfortable with B and A devices. Surgeons obtained a more objective information with device A and the safety mechanism of this device was also subjectively better. One patient was discharged home with device A without complications after one week.

CONCLUSIONS: The digital and continuous measurement of air leak instead of the currently used under water seal systems, reduce the chest tube withdraw and hospital stay by more accurately and reproducibly measuring of air leak. Intrapleural pressure curves may also help to predict the optimal chest tube setting for each patient. The alarm mechanism of device A is very useful to prevent deficiencies in the mechanism and do not require to be connected to the wall for suction application.

УДК 616.24-006.6-085

4. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Аминодов С. А.

ГУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

Рак легкого до сих пор является доминирующей онкологической патологией, как по заболеваемости, так и по смертности. В связи с этим представляется актуальной задача применения новых, высокоэффективных методов лечения рака легкого.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Определить возможность неоадъювантной эндобронхиальной, интраоперационной и интракавитальной фотодинамической терапии (ФДТ) препаратом «Фотодитазин» немелоклеточного рака легкого (НМРЛ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Неоадъювантная эндобронхиальная ФДТ проведена у 64 больных центральным НМРЛ. Доза «Фотодитазина» 1 мг/кг, плотность энергии 300 Дж/см². Интраоперационная ФДТ проведена у 192 больных НМРЛ I–IIIА ст. Доза «Фотодитазина» 1 мг/кг, плотность энергии 40 Дж/см². Интракавитальная ФДТ (в полость распада периферического НМРЛ) проведена 14 больным. Доза «Фотодитазина» 1 мг/кг, плотность энергии 300 Дж/см².

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Эндобронхиальная ФДТ у 30 пациентов привела к полному эффекту, у 22 — к частичному и у 12 — отсутствие эффекта. Это позволило уменьшить объем резекции легкого (stage down). Интраоперационная ФДТ снизила частоту послеоперационных осложнений и привела к отсутствию злокачественных клеток в плевральном выпоте по дренажам. Интракавитальная ФДТ привела к более медленному росту опухоли и меньшему снижению качества жизни, а также увеличению продолжительности жизни у этой категории больных.

ВЫВОДЫ: Фотодинамическая терапия препаратом «Фотодитазин» в комбинированном лечении НМРЛ является высокоэффективным методом, способным улучшить результаты лечения больных НМРЛ.

УДК 614.2 (477.45): 658.2

5. ВІЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ НА ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ІНСТРУМЕНТІВ ТА МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ)

Андреєва Л. М., Скрипник О. А., Горбенко Н. І.

Управління охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації

У системі формування в Україні громадянського суспільства та правової держави місцевому самоврядуванню (МС) об'єктивно відводиться одна з провідних ролей, оскільки ця система самоврядних інститутів українського суспільства є базисом організації діяльності та розвитку самодостатніх територіальних громад [1, с. 9].

У даному контексті проведено аналіз ступенів впливу органів МС різних територіальних рівнів на надання соціальних гарантій в сфері охорони здоров'я Кіровоградської області та комплексну оцінку прийняття ними управлінських рішень.

Рівень сільських та селищних рад (СР). Відповідно до ст. 26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» до 2002 року сільські заклади охорони здоров'я

(ЗОЗ) перебували у спільній власності територіальних громад районів. Із введенням у 2001 році Бюджетного кодексу України статтею 87 передбачено підпорядкування їх та фінансування із бюджетів СР. В результаті:

- порушене вертикаль управління медичними закладами з рівня району (юридично управлінські важелі зосередились в руках голів СР, які, як правило, не знайомі із управлінням системою охорони здоров'я), і зараз існує структурно-функціональний нігілізм з рівня фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП) до рівня дільничних лікарень (ДЛ);
- порушуються основи функціонування медичних закладів, оскільки медична діяльність регламентована стандартами якості діагностики і лікування, які у більшості своїй не виконуються із-за фахової некомпетентності керівників ОМС, невідповідності матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення їх органами МС;
- через порушення правового механізму державного регулювання у даній ситуації неможливо провести ліцензування сільських медичних закладів, оскільки СР не є суб'єктами надання медичних послуг;
- порушення фінансового механізму спричинили штучне зменшення видатків на сільську охорону здоров'я області, оскільки у керівників ОМС з'явилася можливість зняття коштів на інші цілі із бюджетів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Лише по Маловисківському району (в області 21 сільський район) за 2006–2008 роки було використано головами СР на інші цілі 960 тис. грн., що були визначені по функції «охорона здоров'я»;
- враховуючи, що керівники ОМС стали працедавцями для медичних працівників, питання прийому на роботу, забезпечення відповідних умов праці та звільнення з посад є зараз їх прерогативою. В результаті існують певні проблеми щодо кадрового забезпечення ЗОЗ на селі, їх оснащення [2, с. 45–47].

Рівень районних та міських рад. Згідно зі статтею 88 Бюджетного кодексу України, фінансування із районних і міських бюджетів передбачено для центральних районних та міських лікарень і станцій швидкої допомоги, які недостатньо спрацьовують щодо фінансування соціальних нормативів в охороні здоров'я, визначених державою. Низький рівень фінансування негативно впливає на доступність та якість надання медичної допомоги на вторинному рівні медичної допомоги. Для прикладу, безоплатний та пільговий відпуск лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань є виключною прерогативою ОМС районного та міського рівнів, проте вони були забезпечені в області у 2009 році на 0,9% від розрахункової потреби (2008 рік — 1,28%) [2, с. 146].

Рівень обласної ради (ОР) є найбільш дієвим щодо реалізації правового, організаційного, методологічного, фінансового та інших механізмів державного регулювання галузі охорони здоров'я [2, с. 148].

ВИСНОВКИ:

1. Механізми державного регулювання на рівні ОМС потребують значного удосконалення, у першу чергу з позиції законотворення.

2. Зростання дієвості та результативності ОМС проявляється у порядку централізації: рівень СР — рівень районних та міських рад — рівень ОР.

3. З метою вирівнювання диспропорції, що виникла внаслідок делегування СР повноважень щодо забезпечення організації надання медичної допомоги на відповідних територіях, для збереження сільської мережі охорони здоров'я необхідно прийти до вирішення питання щодо повернення сільських ЗОЗ у спільну комунальну власність територіальних громад районів. Для цього необхідно піти по шляху поновлення відповідних норм Закону України від 13 січня 2005 року № 2350-ІУ «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України», які визнано тимчасово призупиненими, що є прерогативою Верховної Ради України, або ОМС, при діючій законодавчо-нормативній базі, зробити наступні кроки:

- СР, спільно з районними радами, прийняти рішення щодо реструктуризації існуючої мережі сільських ЗОЗ та їх автономізації шляхом передачі у спільну комунальну

- власність територіальних громад району, делегувавши свої повноваження районним органам влади на засадах законності, доцільності, обґрунтованості, добровільності та підконтрольності суб'єктів реалізації делегованих повноважень (ст. 26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні»);
- об'єднати всі фінансові ресурси територіальних громад району, що виділяються на охорону здоров'я, в районному бюджеті з метою створення умов для більш ефективного та прозорого управління ними (ст. 93 Бюджетного кодексу України);
 - розділити ресурси для фінансування первинної та вторинної допомоги при формуванні та затвердженні районних бюджетів.

УДК 614.2 (477): 368.3

6. АНАЛІЗ УПРАВЛІНСЬКИХ ПІДХОДІВ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Андреєва Л. М., Скрипник О. А., Горбенко Н. І.

Управління охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації

Медичне страхування (МС) — одне з основних джерел фінансування охорони здоров'я. У різних країнах світу воно більшою чи меншою мірою використовується наряду з фінансуванням за рахунок загальних податків та безпосередньою оплатою медичних послуг готівкою за рахунок коштів громадян.

На фінансування охорони здоров'я (ОЗ) в Україні протягом останніх років виділяється близько 3–3,4 відсотків ВВП. Бюджетні витрати на охорону здоров'я складають близько 15% усіх видатків консолідованого бюджету. Проте ми маємо справу не лише з дефіцитом фінансових ресурсів (який дійсно має місце), але й з їх неефективним використанням. І підтвердженням цьому є відсутність суттєвих зрушень, незважаючи на зазначене вище зростання рівнів фінансування.

Розуміння того, що саме комбінація дефіциту фінансування та неефективного використання ресурсів стали причиною того, що ще в 1992 році, при прийнятті Основ законодавства України про охорону здоров'я (які й досі не втратили своєї актуальності і продовжують залишатися основним законодавчим актом у цій сфері), Верховною Радою України визначено медичне страхування одним з джерел фінансування системи ОЗ [1]. Зрозуміло, що при цьому ставка робилася передусім на можливість залучення додаткових коштів. Але саме в умовах медичного страхування завдяки використанню відповідних господарських стратегій та механізмів (відділення платника від постачальника медичних послуг, запровадження контрактних відносин між цими двома суб'єктами, забезпечення фінансової та управлінської автономії постачальників послуг тощо) може бути забезпечено максимальну ефективність використання ресурсів.

Після схвалення у 1993 році Верховною Радою України Концепції соціального забезпечення населення України [2], прийняття у 1996 році Закону України «Про страхування» (переглянутий у 2000 р.) [3] та у 1998 році — Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування [4] ще раз підтвердилаас необхідність створення системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування як форми соціального забезпечення громадян у сфері медичного обслуговування.

Якщо коротко оцінити регулятивну базу для підготовки запровадження ОМС в Україні в цілому, то слід зазначити, що її позитивними рисами вже нині є:

- принципова можливість децентралізації, підвищення ступеня автономії публічних закладів ОЗ та їх діяльності як у формі бюджетних установ, так і в формі під-

приємств, у тому числі державних та комунальних (Основи законодавства України про охорону здоров'я, Цивільний та Господарський кодекси України, Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»);

- можливість встановлення контрактних відносин між платниками і надавачами медичних послуг, запровадження державних закупівель цього типу послуг на конкурентній основі у провайдерів різних форм власності та господарювання (Закон України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти», Бюджетний кодекс України);
- можливість переорієнтації системи медичного обслуговування на використання економічно більш ефективних стратегій, зокрема шляхом надання пріоритету розвиткові первинної медико-санітарної допомоги, сімейної медицини, стаціонарозамінюючих технологій тощо (Основи законодавства про охорону здоров'я; затверджена Указом Президента України Концепція розвитку охорони здоров'я населення України; цілий ряд постанов Кабінету Міністрів України та наказів Міністерства охорони здоров'я України, що стосуються розвитку первинної медико-санітарної допомоги, сімейної медицини та ін.).

Усе це, в свою чергу, дозволяє говорити про можливість суттєвого підвищення якості та ефективності чинної системи медичного обслуговування населення навіть без прийняття Закону про обов'язкове медичне страхування.

Основні негативні сторони регулятивної бази для підготовки запровадження ОМС — це обмежені Конституцією можливості використання стратегії базового пакету безоплатних медичних послуг, що надаються за рахунок публічних джерел фінансування, та залучення громадян як платників до формування внесків у майбутню систему загальнообов'язкового державного медичного страхування. До негативних характеристик регулятивної бази слід додати практичну відсутність раціональної фармацевтичної політики на національному та локальному рівнях, відсутність адекватних соціальних нормативів та стандартів якості у сфері медичного обслуговування, непослідовну і недосконалу політику в частині, що стосується створення сприятливого режиму оподаткування в секторі охорони здоров'я.

Однак чи не найголовнішою вадою зазначеної регулятивної бази, на мою думку, є те, що фактично нині в Україні однаково легітимні дві концепції подальшого розвитку обов'язкового медичного страхування: концепція соціального медичного страхування, з одного, і концепція обов'язкового приватного медичного страхування — з іншого боку. Досягнення консенсусу у виборі моделі подальшого розвитку обов'язкового медичного страхування поки що не відбулось, тому Закон України про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування досі не прийнятий [6].

Нині на розгляді в парламенті є кілька полярних законопроектів, що базуються відповідно на концепціях соціального та обов'язкового цивільного медичного страхування [5]. Одні, передбачаючи солідарність фінансування та універсальну програму послуг для всіх застрахованих, є неконкурентними універсальними страховими системами, що виключають селекцію страхових ризиків і негативний вплив на справедливість та передбачають відносно простий механізм управління. Інші передбачають регресивний характер фінансування, створення конкурентних страхових ринків, при яких страховики неминуче використовуватимуть феномен селекції страхових ризиків або «зняття вершків», результатом якого буде зменшення справедливості та доступності системи насамперед для хронічно хворих та літніх людей. До того ж запропоновані схеми передбачають надзвичайно складний механізм управління системою страхування [6].

Підсумовуючи, слід сказати, що в основному національна регулятивна база з формальної точки зору є достатньою для впровадження нових, здатних підвищити якість та економічну ефективність системи медичного обслуговування принципів фінансування та управління, проте без усунення негативних аспектів регулювання та прояву політичної волі до повноцінного використання позитивів регуляторної бази ефективне запровадження обов'язкового МС в Україні є проблематичним [7].

7. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАТАМЕНИАЛЬНОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Атюков М. А., Пищик В. Г., Оборнев А. Д., Яблонский П. К.

СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»,
кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета
Санкт-Петербургского государственного университета

Спонтанный пневмоторакс принято считать заболеванием молодых мужчин трудоспособного возраста. В тоже время существуют формы спонтанного пневмоторакса, встречающиеся только у женщин. К ним относится катамениальный пневмоторакс, возникающий на фоне экстрагенитального эндометриоза и развивающийся в течение 72 часов до или после начала менструаций.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Определить особенности диагностики и лечения пациенток катамениальным пневмотораксом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 87 пациенток репродуктивного возраста, находившихся на стационарном лечении в Центре интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии с диагнозом — спонтанный пневмоторакс в период с января 2004 по июль 2010 года. Средний возраст пациенток составил $33,8 \pm 7,3$ года.Правосторонняя локализация спонтанного пневмоторакса отмечена у 66 больных (75,9%), левосторонняя — у 21 больного (24,1%). У 58 (66,7%) пациенток спонтанный пневмоторакс развился впервые в жизни, у 29 (33,3%) пациенток диагностирован рецидив заболевания. Всем пациенткам при поступлении перед дренированием плевральной полости выполняли диагностическую торакоскопию под местной анестезией. Во время диагностической торакоскопии вместе с оценкой легочной паренхимы и плевральной полости обязательно выполнялся осмотр диафрагмы. У 13 пациенток с правосторонним спонтанным пневмотораксом диагностирован катамениальный пневмоторакс. Этим больным выполнено противорецидивное оперативное вмешательство.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В исследуемой группе женщин частота катамениального пневмоторакса составила 14,9%. А среди женщин с рецидивирующими правосторонним спонтанным пневмотораксом достигла 33%. Период наблюдения за больными в послеоперационном периоде составил от 1 до 70 месяцев. Рецидивы пневмоторакса в послеоперационном периоде отмечены у 2 пациенток (15,4%), причем у одной из них диагностировано формирование диафрагмальной грыжи. 6 пациенток в послеоперационном периоде получали консервативную терапию эндометриоза в течение 3–6 месяцев под наблюдением гинеколога. У этих пациенток рецидивов пневмоторакса не было.

ВЫВОДЫ: При обследовании женщин репродуктивного возраста, страдающих спонтанным пневмотораксом, необходимо исключить катамениальный пневмоторакс, особенно при рецидивирующем характере и правосторонней локализации процесса. Видеоторакоскопия может быть рекомендована как оптимальный хирургический доступ для лечения больных катамениальным пневмотораксом. Обязательными этапами хирургического лечения являются: устранение (резекция) дефектов сухожильного центра диафрагмы, индукция плевролиза (плеврэктомия). С целью профилактики развития диафрагмальных грыж целесообразно выполнение пластики диафрагмы проленовой сеткой. Для предотвращения рецидивов заболевания в раннем послеоперационном периоде推薦ован 6-месячный курс лечения аналогами гонадотропин-релизинг гормона.

8. ИНТЕНСИВНЫЙ ЭТАП ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Бабич М. И.

Отделение торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Улучшение результатов хирургического этапа в комплексном лечении туберкулеза легких за счет проведения интенсивной предоперационной подготовки с использованием коллапсoterапии, а также индивидуального подбора противотуберкулезных препаратов и их путей введения.

ОБЪЕКТ: 148 больных деструктивным туберкулезом легких, которые проходили интенсивную предоперационную подготовку в отделении торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера в 2008–2009 годах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Ретроспективный анализ показаний, состава и особенностей проведения интенсивной предоперационной подготовки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Интенсификация лечения в предоперационной подготовке больных заключалась во внутривенном введении изониазида в бактерицидных дозах по методу Ю. М. Репина из расчета 15–20 мг на 1 кг массы тела с поэтапным повышением дозы с 5,0 мл 10% раствора до 10,0 мл максимально; переводу на внутривенное введение рифампицина, а в показанных случаях и других антибиотиков. Лимфотропная химиотерапия подразумевала загрудинное введение изониазида, канамицина или амикацина на 0,5% растворе новокаина (лидокаина). Особенно показанной лимфотропную терапию мы считаем у больных с туберкулезными изменениями в бронхах, а при упорном течении последнего вместе с туберкулостатиками проводили ретростернальное введение тималина. Коллапсoterапия — наложение искусственного пневмоторакса и пневмoperitoneума — применялась при инфильтративных и диссеминированных изменениях с несформированной и эластичной каверной в дополнение к химиотерапии. Это позволило добиться стабилизации процесса и рассасывания очагов отсева, что дало возможность выполнить большинству больных радикальные операции с минимальной потерей дыхательной поверхности легкого. В сравнении с пневмотораксом пневмoperitoneum имеет некоторые преимущества: он технически проще, дает более редкие и менее тяжелые осложнения, легко обратим, имеет минимальные функциональные последствия. При сочетанном использовании индивидуализированной химиотерапии и коллапсoterапии значительно реже (более чем втрое) снизилось количество побочных реакций на химиопрепараты. Курс подготовки составил от 1–4 месяцев (в среднем 2,3 месяца), после чего выполнялось запланированное хирургическое вмешательство.

ВЫВОДЫ: Широкое применение интенсивной предоперационной подготовки больных деструктивным туберкулезом легких с включением коллапсoterапии, лимфотропного ретростернального введения антибиотиков и индивидуальным подбором противотуберкулезных препаратов и путей их введения позволяет не только избежать перевода больных в группу неэффективно лечёных, сократить сроки лечения, своевременно решить вопрос о необходимости хирургического этапа лечения, но и позволяет улучшить результаты его проведения.

9. ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ РЕЗИДУАЛЬНИХ ПУХЛИН ПРИ ЛІКУВАННІ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МЕЖИСТІННЯ

Балашова О. І.¹, Суховерша О. А.², Литвин І. В.¹, Сазонов С. П.², Бобров О. О.²,
Басараб М. Ю.¹, Звонарьова Н. Г.¹

¹ Дніпропетровський обласний клінічний онкодиспансер,

² Дніпропетровський міський онкоторакальний центр, МБКЛ №4

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Визначення доцільності хірургічного видалення резидуальних пухлин межистіння у пацієнтів з лімфомою Ходжкіна (ЛХ) при стабілізації процесу після програмного лікування, як диференційно-діагностичного критерію «виліковності».

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: У період 2003–2010 рр. було оперовано 15 пацієнтів з резидуальними пухлинами ЛХ у межистінні: 12 жінок і 3 чоловіки віком від 18 до 68 років. Хворі проходили повне клініко-рентгенологічне (включно з КТ- та МР-ТГ), ендоскопічне та сонографічне обстеження, діагноз був підтверджений морфологічно. У 10 випадках діагностовано IIА стадію, у 3 пацієнтів — IIВ ст., у 2 — IIIВ ст. Пацієнти на першому етапі отримали програмне лікування у вигляді індукційної поліхіміотерапії (ПХТ), консолідуючої променевої терапії і, за показаннями, — реіндукційної ПХТ. У всіх хворих після закінчення стандартної програми лікування, за даними КТ ОГП, виявлені новоутворення у межистінні, розмірами від 2,5x4 см до 10x9 см. При цьому у 9 випадках утворення трактувалось як залишкова пухлина, у 6 — була необхідність дифдіагностики між онкопроцесом та післяпроменевим фіброзом.

Операції з медіастінальною лімфодисекцією виконували не менш ніж через 3 тижні після останнього курсу спецлікування, у якості доступу застосовувалась верхньо-середина Т-подібна стернотомія. Усім хворим виконане радикальне видалення медіастінальних утворень. У 5 випадках проведена комбінована резекція пухлин (у двох — з ділянкою лівої плечоголової вени, у двох — з ділянкою перикарда і в одному — з ділянкою медіастінальної плеври). Слід відмітити наявність певних технічних складнощів при виконанні операцій, пов’язаних з масивним медіастінальним фіброзом. Інтраопераційних ускладнень та летальності не було, крововтрата не перевищувала 600 мл. За результатами гістологічного дослідження у 6 випадках видалені утворення визначені як залишкові пухлини, що містили життєздатні клітини з різним ступенем лікувального патоморфозу (ЛП). У 5 спостереженнях у операційних препаратах була переважно фіброзна тканина з ознаками 4 ст. ЛП, що дало можливість підтвердити повний регрес пухлини. У 4 випадках видалені зразки містили лише фіброзну і жирову тканини і не були пов’язані з онкопроцесом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: На підставі отриманих даних 6 пацієнтам було продовжено ПХТ, у решти хворих було констатовано досягнутий повний регрес захворювання, і подальшого спеціального лікування призначено не було. Усі пацієнти перебувають під наглядом онколога ДОКОД, до теперішнього часу ознаки рецидиву у них відсутні. Серед пацієнтів, де під час операції було підтверджено повний регрес пухлини, у двох випадках ремісія триває з 2003 року, в інших — терміни ремісії склали: 1, 6, 8, 9 та 24 місяці. Таким чином, при стандартному підході зі зміною режиму ПХТ, пацієнтам з повним регресом ЛХ було б завдано шкоди самим лікуванням через подальший можливий розвиток ускладнень при повній відсутності необхідності в будь-якій терапії. Шестеро пацієнтів з підвердженою активною залишковою пухлиною отримали виправдане додаткове спеціальне лікування.

ВІСНОВКИ:

1. Оперативний метод є об'єктивним диференційно-діагностичним критерієм для пацієнтів з ЛХ за наявності залишкової пухлини у межистінні після завершення програмного лікування.

2. Хіургічне видалення залишкових межистінних пухлин при ЛХ дозволяє прогностувати перебіг пухлинного процесу, оптимізувати лікувальну тактику та економічні затрати, уникнути проведення надмірного спеціального лікування і ускладнень, пов'язаних з ним.

УДК 617.541-089

10. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СРОКОВЫХ ВЫТЯЖЕНИЯ РЕБЕРНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНОГО С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

Белоконев В. И., Ушаков Н. Г., Клюев К. Е.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет».

Кафедра хирургических болезней № 2,

Городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова, г. Самара

Диагностика повреждений груди и способы их коррекции хорошо разработаны, в то же время вопросы, касающиеся сроков начала и продолжительности вытяжения при переломах ребер, сопровождающихся нестабильностью грудной клетки и тяжелой дыхательной недостаточностью, до сих пор носят дискуссионный характер.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: улучшение результатов лечения больных с закрытой травмой груди, осложненной реберным клапаном, путем обоснования сроков начала и продолжительности скелетного вытяжения за ребра.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучить при травме груди возможные варианты и проявления реберного клапана, причины летальных исходов пострадавших в зависимости от способов оказания помощи и сроков травматической болезни.

2. Оценить характер патоморфологических изменений в грудной клетке в зоне реберного клапана и их проявления в зависимости от времени с момента травмы.

3. Обосновать показания и сроки необходимого скелетного вытяжения

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведен анализ за период с 2004 по 2009 года 113 умерших в различных ЛПУ г. Самары пострадавших, основной причиной смерти которых была закрытая травма груди с множественными переломами ребер.

Для исследования в процессе проведения судебно-медицинского исследования трупов забирали фрагменты тканей, расположенных в зоне реберного клапана, из которых приготавливали препараты, что позволило разделить морфологический материал по срокам наблюдения на 5 групп: до 1 суток, 1-2 суток, 3-5 суток, 6-14 суток и более 14 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В 1-е сутки в зоне перелома ребер отмечены образование межломковой гематомы, отек и имбибиция кровью окружающих тканей. Микроскопически наблюдали множество лимфоидных и гистиоцитарных клеточных элементов на фоне небольшого количества неоформленного межклеточного вещества. На 2-е сутки вместо сгустка крови выявлялась мягкая темно-красно-коричневая масса, без четких границ. На отломках ребер, вследствие сохраняющегося до смерти дыхания, определялись характерные изменения: «задир» и отслойка надкостницы на 2-4 мм с каждого края. При микроскопии в зоне перелома выявляли множество малодифференцированных

соединительно-тканых клеток, утолщение и потерю четкой структуры надкостницы с выраженным капиллярным стазом и полнокровием вен в местах ее отслойки. Через 5 суток в зоне перелома появлялись характерные пластические деформации поверхностей трения костей — «натир» (Клевно В. А., 1994). На месте межотломковой гематомы наблюдали рост грануляционной ткани с единичными фибробластическими клетками, пазушным рассасыванием поврежденных участков компактной костной ткани за участком «натира» со стороны эндоста. На 14-е сутки наблюдали интенсивную резорбцию костной ткани с формированием четкой «резорбционной борозды» сразу за участком уплотнения («натира»). На 21-е сутки четко определяли костные балки, частично заполняющие межотломковую щель. Таким образом, на 1, 2, 5-е сутки после травмы каких-либо морфологически значимых изменений в зоне перелома, направленных на его стабилизацию, не выявлено. При сохраняющемся дыхании более 5 суток, сохраняющаяся нестабильность грудной клетки вызывала задир и отслойку надкостницы на 4-6 мм с образованием поднадкостничной гематомы, что влечет за собой нарушение микроциркуляции в приграничных участках перелома ребра. В результате этого в прикраевой зоне перелома практически прекращается питание кости. Следствием чего является некроз костной ткани с последующим активным пазушным рассасыванием. Сравнение участков тканей вокруг изолированных переломов ребер с тканями вокруг фрагментированных переломов показало, что активация остеобластов в них происходила на 7–9 суток позже, чем при единичных переломах. Увеличение сроков консолидации переломов ребер у пострадавших с травмой груди является крайне неблагоприятным фактором, так при этом усиливается травма легких, следствием чего является развитие пневмонии и присоединение гнойно-септических осложнений, являющихся основной причиной гибели больных в отдаленные сроки после травмы.

ВЫВОДЫ:

1. Продолжительность скелетного вытяжения за ребра зависит от сроков начала вытяжения.
2. При вытяжении с первых часов и суток с момента травмы продолжительность составляет не менее 10 суток, хотя за этот период еще нет формирования костной мозоли, однако перелом стабилизируется за счет окружающих тканей.
3. При позднем начале вытяжения — более 3 суток — скелетное вытяжение требуется на протяжении более 15 суток, так как это связано со вторичной травмой поврежденных тканей.

УДК 616.24-089.193.14-06:617-089.87

11. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЛИНИИ ЛЕГОЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ДЛИТЕЛЬНОМ ПРОСАЧИВАНИИ ВОЗДУХА

Бенян А. С.¹, Пушкин С. Ю.¹, Меликян Г. Б.²

¹ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина»

²Медицинский центр «Эребуни», г. Ереван, Армения

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оптимизировать тактику ведения пациентов после резекции легкого на основании оценки степени просачивания воздуха по дренажам в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В отделении торакальной хирургии СОКБ им. М. И. Калинина за 10-летний период выполнено: открытых резекций легкого — 498 (из них анатомических лобэктомий — 202, аппаратных атипичных резекций — 296), видеоторакоскопически ассистированных резекций — 305. Ключевым фактором в послеоперационном ведении пациентов является оценка степени расправления легкого.

Для определения степени просачивания воздуха пользовались введенными в клинике критериями: 0 — отсутствие сброса воздуха при активной аспирации, 1 — сброс воздуха при активной аспирации, 2 — сброс воздуха при кашле, сброс воздуха при разговоре. Критическим сроком для принятия решения в случае сохранения коллапса легкого и просачивания воздуха считали 7 суток после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Повторные операции проведены у 16 пациентов: из них реторакотомия — у 3, реторакоскопия — у 11 пациентов, видеоассистированная операция — у 2. Во время вмешательств были выявлены: бронхопульмональные свищи в зоне резекции — у 10 пациентов, некроз поверхности легкого с образованием свища — у 2, формирование острой буллы с ее разрывом — у 1, неадекватное функционирование дренажей вследствие их миграции — у 3. В 9 случаях выполнено прошивание проблемных зон и аппликация пластин TaxoComb. У 4 пациентов выполнена аппаратная ререзекция зоны свища. Все операции были завершены прицельным дренированием плевральной полости. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Средние сроки просачивания воздуха составили 1,5 суток, окончательного расправления легкого и удаления дренажей — 2,6 суток. У 1 пациента после реторакотомии сформировалась малая остаточная полость в области верхушки легкого с длительной персистенцией бронхопульмонального свища и самостоятельной его облитерацией после удаления дренажной трубы.

ВЫВОДЫ: При определении показаний к повторной операции необходимо учитывать степень просачивания воздуха и коллапса легкого, а также сроки послеоперационного периода. Во время повторного вмешательства можно визуализировать область бронхопульмонального свища, выполнить прошивание этой зоны, провести дополнительные мероприятия по обеспечению аэростаза, выполнить прицельное адекватное дренирование плевральной полости.

УДК 617.54-001.4

12. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАНЕНИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В УСЛОВИЯХ НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОДНОЙ ИЗ АЗИАТСКИХ СТРАН

Брикульский И. Б.

ООО «Медицинские центры «Макс-Велл»
Медицинский центр «Медісвіт», г. Киев, Украина

Во всём мире с каждым годом хирургия становится всё более специализированной и необходимости в подготовке универсальных хирургов общего профиля нет. Однако при отсутствии возможности срочной госпитализации в специализированное отделение или вызова помощи на себя в сжатые сроки, умение оказания ургентной помощи пациентам с ранениями грудной клетки спасает им жизнь.

За время работы в региональном госпитале общего профиля абдоминальному хирургу наряду с оказанием ургентной помощи при абдоминальных ранениях приходилось оказывать специализированную помощь пострадавшим с ранениями грудной клетки. Всего было 48 больных. Из них с непроникающими ранениями — 14. Колото-резаные проникающие ранения были у 11 пострадавших. Огнестрельные пулевые — у 23 раненых. Торакотомии с ушиванием ран лёгкого и дренированием плевральной полости выполнены 28 больным. Часть пациентов после стабилизации состояния были отправлены в специализированное отделение центрального госпиталя. У 6 пострадавших было проведено дренирование плевральной полости и применена диагностически-выжидатель-

льная тактика. Летальных исходов не было. Осложнение в виде нагноения послеоперационной раны отмечено у одного пациента.

Таким образом, своевременное оказание ургентной специализированной помощи пациентам с ранениями грудной клетки дало возможность спасти жизнь этих пострадавших. Эти обстоятельства требуют учитывать в подготовке хирургов общего профиля приобретение реальных навыков оказания ургентной помощи пострадавшим с ранениями органов грудной клетки. Особо это может быть актуально при неструктурированной системе оказания специализированной помощи, отдалённости от специализированных торакальных отделений, отсутствии транспорта для транспортировки раненых. Также в этом аспекте следует учитывать возможные природные катализмы, военные действия и техногенные катастрофы.

УДК 616.24-07

13. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ

Брикульский И. Б., Семененко В. В., Собко М. Г.

*ООО «Медицинские центры «Макс-Велл»
Медицинский центр «Медісвіт», г. Киев, Украина*

Важным звеном в оказании помощи пациентам с заболеваниями органов грудной полости является квалифицированная ранняя диагностика. Рентгенологический кабинет медицинского центра поликлинического профиля «Медісвіт» оснащён цифровым рентгенологическим аппаратом Toshiba Radrex. Современное оборудование и организация процесса позволяют улучшить качество диагностических услуг. Обследование одного пациента в среднем составляет 20 минут. Точная аппаратура и квалифицированный персонал дают возможность поставить правильный диагноз в амбулаторных условиях. В центре предоставляются услуги профилактических осмотров с целью выявления туберкулёза, онкологической патологии лёгких, также проводятся обследования пациентов.

За полтора года работы рентгенологического кабинета было проведено 2 469 рентгенографий органов грудной клетки. У 34 пациентов выявлен туберкулётз. У 19 больных диагностированы онкологические процессы. Пневмония — у 142 человек. Также выявлено 16 гидротораксов, 4 пневмоторакса, один абсцесс лёгкого. Пациенты с диагностированной патологией, по показаниям, были направлены в специализированные лечебные учреждения. В условиях стационаров диагнозы были подтверждены и проведены лечебные мероприятия. За период проведения дней открытых дверей (бесплатное скрининговое обследование населения с целью выявления онкологической патологии и туберкулёза органов грудной клетки) было обследовано 73 пациента. Из них у 66 патологии не выявлено, у двоих диагностирован туберкулётз, у четырех — бронхит, у одного — пневмония.

Таким образом, цифровые технологии, используемые на базе лечебно-диагностического учреждения негосударственной формы собственности, позволяют более точно и в краткие сроки выполнять задачи диагностики, верифицировать предварительные диагнозы и уменьшить показатели гипердиагностики. Это в целом позволяет улучшить работу торакальной службы.

14. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бурмистров М. В., Сигал Е. И., Морошек А. А., Тикаев Э. Р.

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан», г. Казань, Россия
Кафедра онкологии и хирургии КГМА, г. Казань, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: проанализировать общую выживаемость больных кардиоэзофагеальным раком (КЭР) после хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: в настоящем исследовании проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения 237 пациентов с кардиоэзофагеальным раком (КЭР), находившихся на лечении в отделении хирургии пищевода РКОД с 1998 по 2009 г. Больные разделены на группы по классификации J. R. Siewert. Каждая группа разделена на подгруппы, в зависимости от вида оперативного вмешательства. Пациентов с 1 типом КЭР наблюдалось 52. Из них 32 (60,8%) выполнена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой трансхиatalным доступом с анастомозом на шее (TX) и 20 (39,2%) — трансторакальным доступом с внутриплевральным анастомозом (TT). Пациентов со 2 типом КЭР наблюдалось 114. Из них 34 (30%) прооперированы TX способом, 53 (46%) — TT и 27 (24%) произведена гастрэктомия. Больных с 3 типом КЭР было 83. Из них 2 (2,4%) прооперированы TX, 9 (11%) — TT и 72 (86,6%) произведена гастрэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: проведен сравнительный анализ общей выживаемости в группах 1, 2 и 3 типа в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства. Общая выживаемость при 1 типе составила 20,7% при TX способе и 40,0% при TT ($p>0,05$). При 2 типе общая выживаемость составила 16,1% при TX, 30,0% — при TT-доступе и 28,0% — при гастрэктомиях ($p>0,05$). При 3 типе — 0% при TX, 50% — при TT и 36,7% — при гастрэктомиях ($p>0,05$).

ВЫВОДЫ: Проанализировав данные, на первый взгляд может показаться, что при аденокарциномах 1 и 2 типа предпочтительнее трансторакальная пластика. Но учитывая, что критерий достоверности $p>0,05$ и относительно неплохие результаты выживаемости при трансхиatalных пластиках, последний имеет право на существование. При аденокарциномах третьего типа лучшие показатели превалируют при гастрэктомиях. И относительно хорошие показатели при трансторакальных пластиках. Но следует учесть их малое количество, что и отражается на критерии достоверности ($p>0,05$).

15. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАДИКАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ

Бурмистров М. В., Сигал Е. И., Морошек А. А., Тикаев Э. Р.

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан», г. Казань, Россия
Кафедра онкологии и хирургии КГМА, г. Казань, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: сравнить радикальность после хирургического лечения кардиоэзофагеального рака, в зависимости от выполненной операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: в настоящем исследовании проанализирована радикальность хирургического лечения 237 пациентов с кардиоэзофагеальным раком (КЭР), находившихся на лечении в отделении хирургии пищевода РКОД с 1998 по 2009 г. Больные разделены на группы по классификации J. R. Siewert. Каждая группа разделена на подгруппы, в зависимости от вида оперативного вмешательства. Пациентов с 1 типом КЭР наблюдалось 52. Из них 32 (60,8%) выполнена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой трансхиatalным доступом с анастомозом на шее (TX) и 20 (39,2%) — трансторакальным доступом с внутриплевральным анастомозом (TT). Пациентов со 2 типом КЭР наблюдалось 114. Из них 34 (30%) прооперированы TX способом, 53 (46%) — TT и 27 (24%) произведена гастрэктомия. Больных с 3 типом КЭР было 83. Из них 2 (2,4%) прооперированы TX, 9 (11%) — TT и 72 (86,6%) произведена гастрэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: проведен сравнительный анализ радикальности после хирургического лечения в группах 1, 2 и 3 типа в зависимости от вида выполненной операции. Радикальность при 1 типе составила 5,7 л/у ($p>0,05$). При 2 типе радикальность составила 4,88 ($p>0,05$) и при 3 типе — 4,95 ($p>0,05$). При TX доступе среднее количество л/у составило 7, при TT-10.

ВЫВОДЫ: при выполнении экстирпаций пищевода по поводу кардиоэзофагеального рака более радикальным является трансторакальный доступ с наложением внутриплеврального анастомоза как обеспечивающий наилучшие показатели общей индивидуальной выживаемости.

УДК [616.231+616.329]-007.253-07

16. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА

Вишневская Г. А., Королёва Н. С., Левицкая Н. Н., Паршин В. В.,
Милонова В. И.

РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: В последние годы увеличилось число пациентов с приобретёнными доброкачественными трахеопищеводными свищами. Это связано с появлением новой группы пациентов со свищами, сформировавшимися вследствие ятогенных повреждений. Однако точность и своевременность диагностики трахеопищеводных свищ до сих пор вызывает много вопросов. Цель исследования — разработка эффективного диагностического алгоритма.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведён анализ диагностического алгоритма у 97 пациентов с трахеопищеводными свищами различной этиологии, находившимися на лечении в отделении торакальной хирургии с 1963 по 2010 г. Всех пациентов разделили на 2 группы. Среди пациентов в 1-ой группе были больные, получившие лечение с 1963 по 1991 год 45 (46,4%) человек, во 2-ой группе — с 1992 по февраль 2010 г. — 52 (53,6%). Причины возникновения ТПС были различны. В первой группе основной причиной их формирования были онкологические заболевания — у 11 (24,4%) больных, травма груди и шеи — у 9 (20,0%), пороки развития — у 6 (13,3%), ожоги пищевода — у 5 (11,1%) и другие — у 14. Свищи, развившиеся в результате ятогенных повреждений, были у 7 (15,5%). Во 2-ой группе — у 34 (65,4%) пациентов свищи сформировались после продленной ИВЛ, у 5 (9,6%) — вследствие травмы груди и шеи, у — 5 (9,6%) — травмы инородными телами (среди которых у 4 больных эндопротезы трахеи были установлены в связи со стенозами трахеи), у 3 (5,8%) — после операций, прочие причины — у 5 (9,6%). Всего ятогенный характер свищи носили у 41 (78,8%) пациента 2-ой группы.

С целью выявления свища, оценки его размеров, локализации, состояния окружающих органов и тканей использовали методы лучевой и эндоскопической диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: при проведении трахео- или эзофагографии 79 больным, из которых 45 были в 1-ой и 34 — во 2-ой группе, наличие свища подтверждено у 51 (64,5%) больного: у 29 (64,4%) пациентов 1-ой группы и у 22 (64,7%) — 2-ой группы.

Компьютерная томография проведена 38 больным 2-ой группы. Свищ выявлен у 34 (89,5%). Результат исследования расценен как сомнительный у 3 (7,9%) пациентов и оказался ложноотрицательным у 1 (2,6%) пациента.

Методы эндоскопической диагностики (трахеобронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, сочетанная эзофагогастротрахеобронхоскопия) являются базовыми при диагностике свищевых дыхательных путей и пищеварительного тракта. Трахеобронхоскопия произведена 97 больным. Трахеопищеводный свищ выявлен у 77 (79,4%) больных. Из них у 32 (71,1%) пациентов 1-ой группы и у 45 (86,5%) пациентов 2-ой группы. Эзофагогастроскопия выполнена 92 пациентам, свищ выявлен у 69 (75,0%) больных. Из них у 29 (64,4%) пациентов 1-ой группы и у 41 (87,2%) из 2-ой группы. Сочетанную эзофагогастротрахеобронхоскопию выполняли в тех случаях, когда однозначно судить о наличии свища при раздельно проводимых эзофагогастроскопии или трахеобронхоскопии не представлялось возможным. Исследование проведено 12 пациентам второй группы. У 11 (91,7%) наличие свища подтверждено. В 1 (8,3%) наблюдении высказано предположение о наличии свища.

ВЫВОДЫ: Полученные результаты свидетельствуют о том, что повышение результативности обследования пациентов на дооперационном этапе произошло за счёт совершенствования старых методик диагностики и внедрения новых.

Целесообразно разделить все методики диагностики на 2 группы: базовые, которые используют у пациента вне зависимости от его состояния и являются достаточными для постановки диагноза, — это эндоскопические методики — трахеобронхоскопия и эзофагогастроскопия. И методики уточняющей диагностики — рентгеноконтрастное исследование, компьютерная томография, сочетанная эзофагогастротрахеобронхоскопия. При решении вопроса о тактике оперативного лечения обязательным является комплексное диагностическое обследование, включающее в себя как эндоскопические, так и лучевые методы диагностики.

УДК 616.27-002-089.84

17. РЕОСТЕОСИНТЕЗ ГРУДИНЫ ФИКСАТОРАМИ С ЭФФЕКТОМ ПАМЯТИ ФОРМЫ КАК ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТОМ

Вишневский А. А., Печетов А. А.

ФГУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского Минздравсоцразвития России»

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: С момента впервые выполненного срединного трансстернального доступа Мильтоном (1897) и широкого внедрения его в практику Джюлианом (1957) хирургия средостения и легких претерпела множество революционных изменений. Однако осложнения после открытых операций на сердце с применением срединной стернотомии встречаются в 0,6–4,0% случаев (Robiscek F., 2001; Song DH et al., 2004; Dogan OF et al., 2005; Sharma R et al, 2005; Olbrecht VA et al, 2006).

В группе пациентов с развившимися осложнениями со стороны передней грудной стенки отмечается высокая смертность (Song DH et al., 2004).

Наиболее частыми осложнениями является нестабильность грудной кости, поверхностная инфекция мягких тканей (SSI) и глубокая стернальная инфекция (DSI). При несостоительности шва грудины после срединной стернотомии и присоединении инфекции клиническая ситуация расценивается как стерномедиастинит, поскольку составляющими раны являются как органы и клетчатка средостения, так и сама грудная кость. Нередко больные не получают должного объема хирургического лечения и болезнь принимает затяжной и рецидивирующий характер, принося немалые страдания пациентам.

В последние два десятилетия, благодаря внедрению в медицинскую науку и практику высокотехнологичных методов диагностики, смелых и агрессивных методов устранения ранее не разрешимых проблем хирургических болезней, высокого уровня оснащения отделений послеоперационной интенсивной терапии, высочайшего уровня антибактериальной терапии, смертность от ранних послеоперационных осложнений резко сократилась. Однако процессы инфицирования и хронического рецидивирующего течения гнойно-воспалительных осложнений продолжают оставаться на высоком уровне, принося немалые страдания пациентам и требующие многократных повторных операций, реабилитации с колоссальными экономическим затратами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В отделении торакальной хирургии Института хирургии им. А.В. Вишневского в 2005–2009 гг. на лечении состояло 70 пациентов с хроническим послеоперационным стерномедиастинитом, развившимся после операции на сердце с применением срединного трансстернального доступа.

19 (27,1%) больным в комплексном этапном лечении стерномедиастинита применен реостеосинтез грудины с применением фиксаторов с эффектом памяти формы (ЭПФ).

Мужчин было 17, женщин — 2. Возраст пациентов варьировал от 34 до 68 лет. Основные жалобы при поступлении больные предъявляли на наличие раны и/или наружных свищев на передней грудной стенке с серозно-гнойным отделяемым, нестабильность грудины и боль, усиливающуюся при кашле, дыхании, физической нагрузке.

Сроки от операции на сердце, до поступления в Институт хирургии с клиникой стерномедиастинита, составили от 1 до 18 месяцев.

Все больные до поступления были оперированы по поводу заболевания сердца. Наибольшее число (14) составляли больные, которым была выполнена операция прямой реаксуляризации коронарных сосудов (АКШ, МКШ). Двум больным выполнены операции по поводу пороков сердечных клапанов. Один пациент перенес операцию по поводу констриктивного перикардита.

Обследование включало обязательное выполнение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), остеосцинтиграфии грудной клетки, УЗИ мягких тканей передней грудной стенки. На амбулаторном этапе проводили анализ крови на маркеры воспаления острой и латентной фазы, 4 больным выполнено исследование кальциево-фосфорного обмена.

Бактериологическое исследование качественного и количественного состава микрофлоры с определением чувствительности к антибиотикам проводили в первые сутки госпитализации. С учетом полученных данных назначали интра- и послеоперационную антибактериальную терапию.

Первым этапом выполняли первичную хирургическую обработку раны, с резекцией пораженных участков в пределах здоровых тканей выполняли как первый этап лечения. Операцию заканчивали с оставлением «открытой» раны или ушивали «наглухо» с оставлением дренажно-промывной системы, подключенной к вакуумной системе.

Местное лечение раны в послеоперационном периоде проводили в течение 10–14 суток. Для вакуумной промывной системы использовали антисептические растворы (Октенисепт, Лавасепт 0,02-0,06%, Диоксидин 1% р-р), для «открытого» ведения раны применяли мази (Диоксидиновая мазь 5%, Левомеколь, Борная мазь 1%, раствор и гель Пронtosan, мазь Офломелид). Контрольное микробиологическое исследование отделяемого из раны или дренажа проводили 1 раз в неделю, вместе с лабораторными показателями крови.

После подготовки раны, достижения активных грануляций в ране, больным выполняли второй этап оперативного вмешательства в объеме реостеосинтеза грудины с применением фиксаторов из никелида титана (нитинола) с эффектом памяти формы. Важным условием следует считать полное отсутствие микробных тел в ране или их минимальное количество ($1,00 \text{ E} \pm 0,1 \text{ КОЕ мл}$).

Количество операций, перенесенных больными за время лечения, — от 2-х до 4-х. Сроки госпитализации больных в отделении составили от 1 до 3 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: Реостеосинтез грудины с использованием фиксаторов с ЭПФ из нитинола как завершающий этап комплексного лечения выполнен у 18 пациентов, что составило 25,7% от общего числа пролеченных пациентов за 2005–2009 гг. период.

У 16 пациентов отмечено заживление раны первичным натяжением. Грудина зажила с формированием костной мозоли, рецидива воспаления не отмечено. В одном случае, на фоне выраженной послеоперационной анемии, тромбоза трикуспидального клапана, заживления грудины не произошло. В одном случае у пациента с III степенью ожирения конституциональных особенностей — отмечена миграция фиксаторов из места их установки, что потребовало коррекции, от которой пациент отказался.

В процессе лечения данной группы больных необходимо убедиться в возможности выполнения подобного оперативного вмешательства.

Использование фиксаторов из нитинола создает оптимальные условия для заживления грудной кости. Преимущества реостеосинтеза грудины с применением фиксаторов из никелида титана очевидны:

- мягкоэластичная непрерывная компрессия в области соединения костных фрагментов, позволяет уменьшить травму при кашле и нагрузках в верхних конечностях;
- отсутствие травмы, обусловленной прокалыванием грудной кости;
- отсутствие травмы костных фрагментов, обусловленной обвивным швом грудины;
- нитинол не обладает эффектом фитильности, интактен к окружающим тканям.

ВЫВОДЫ: Успешный реостеосинтез грудины в условиях хронического послеоперационного стерномедиастинита возможен с использованием современных методов диагностики и лечения с применением метода мобилизации грудной кости фиксаторами из нитинола.

УДК 612.1-036.83: 616.233-089.842

18. ВІДНОВЛЕННЯ КРОВООБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ КУЛЬТІ

Владислав Гетьман¹, Олена Девятко², Даніела Дунклер², Міхаель Мюллер¹

¹ Otto Wagner Spital, м. Віденсь, Австрія

² Медичний Університет, м. Віденсь, Австрія

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: вивчення процесу відновлення мікроциркуляції бронхіальної культи після пневмонектомії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: вісімнадцять молодих свиней (медіана ваги 40,6 кг) були випадково розподілені до трьох груп. Кожній тварині було виконано лівосторонню пневмонектомію з радикальною лімфаденектомією, включаючи видалення інфракаринальної та лівої паратрахеальної груп лімфатичних вузлів. Головний бронх прошивали бронхіальним степлером (AutoSuture Premium; Tysco Healthcare Group LP, Mansfield, MA), медіана довжини культи головного бронху становила 3,8 см. Бронхіальні артерії культи було ідентифіковано і якомога проксимально ліговано. Адвентиціальну оболонку культи ретельно видаляли, застосовуючи стандартизовану хірургічну техніку. У тварин, які належали до групи I, бронхіальну культу додатково вкривали міжреберним м'язовим лоскутом. У тварин, які належали до групи II, бронхіальну культу дода-

тково герметично вкривали гемостатичною пластиною TachoComb®, яка непроникна із-зувні і надійно попереджає можливість контакту з будь-якими оточуючими тканинами. У тварин групи III бронхіальну культу залишали без будь-якого додаткового вкриття. Аутопсію було виконано на 14-й день після оперативного втручання. Для оцінки васкулярної щільності на різних анатомічних рівнях були виготовлені серії гістологічних препаратів і використані CD-31 антитіла. Статистичний аналіз проведено з використанням однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) та Wilcoxon тесту.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: у всіх тварин групи III на аутопсії бронхіальні культи були з усіх боків вкриті оточуючими медіастінальними тканинами. У всіх тварин групи I бронхіальні культи були вкриті життездатними міжреберними лоскутами. Будь-яких ознак інфекції або недостатності бронхіальної культи не виявлено в жодної з тварин, які належали до групи I або III. У всіх тварин групи II під час аутопсії виявлено емпієму плевральної порожнини та макроскопічно некротичні бронхіальні культи, що було підтверджено гістологічним дослідженням. Статистичний аналіз виявив значущо нижчу васкулярну щільність зрілих судин в ділянці бронхіальної культи в групі II порівняно з групами I та III.

ВИСНОВКИ: відновлення мікроциркуляції бронхіальної культи після пневмонектомії відбувається центрипетально за безпосередньої участі оточуючих життездатних тканин. Тому для вкриття бронхіальної культи особливо важливе застосування методів, що покращують кровообіг та мікроциркуляцію культи, а не суто механічних засобів.

УДК 616.329-001.5-089

19. КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА БУРХАВЕ

Ганжий В. В., Перцов В. И., Моряк О. Ю., Гузь С. Г., Науменко В. А.

Запорожский государственный медицинский университет,
КП «Городская клиническая больница экстренной
и скорой медицинской помощи г. Запорожья»

Синдром Бурхаве, спонтанный разрыв пищевода или банкетный пищевод — это особый вид травмы ранее здорового пищевода, проявляющийся в виде разрыва его стенки, который возникает из-за внезапного резкого повышения внутри пищеводного давления.

Считают, что одна из главных причин развития синдрома Бурхаве, спонтанного разрыва пищевода, — это очень тяжелая рвота, как правило, возникает при переедании и употреблении большого количества алкоголя. Однако клинически или на вскрытии выявить причины спонтанного разрыва пищевода не удается. Внезапное интенсивное забрасывание желудочного содержимого и газов в пищевод при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере приводит к резкому повышению давления внутри пищевода, и происходит так называемый взрыв пищевода. Способствовать резкому повышению давлению внутри пищеводного давления может сознательное желание предотвратить рвоту в «неудобном месте», например за столом на банкете, отсюда и название — «банкетный пищевод». Разрыв стенки пищевода происходит в типичном наиболее слабом месте — левой стенки эпифренальной ампулы, который располагается непосредственно над диафрагмой и представляет собой продольную рану длиной от 1 см до 8 см, сообщающуюся с левой плевральной полостью (в 7-8% случаев — с обеими полостями). Иногда разрыв распространяется на желудок и выглядит как щель пищеводно-желудочного перехода с признаками кровотечения, иногда во время эндоскопии его ошибочно принимают за синдром Меллори-Вейса.

Существуют различные тактические подходы к лечению спонтанного разрыва пищевода. В большинстве случаев применяется активная хирургическая тактика, заключающаяся либо в наложении первичного шва, либо в широком дренировании или отключении пищевода. Имеются сообщения о консервативном и эндоскопическом лечении спонтанной перфорации пищевода. Консервативное лечение применяется при незначительном дефекте пищевода, его раннем выявлении, отсутствии нарушения проходимости пищевода, проникновения перфорации в плевральную полость и признаков гнойно-септических осложнений. Лечение заключается в полном париентеральном питании и массивной антибиотикотерапии. Однако, несмотря на развитие современной хирургии, летальность при этой патологии остается высокой. По данным Banks JG et. al, из умерших пациентов у 48% было оперативное, а у 62% — консервативное лечение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Мы располагаем опытом лечения 6 пациентов с синдромом Бурхаве, которые находились на лечении в областном торакальном отделении за последние три года. У 4 (66,67%) пациентов давность спонтанного разрыва составила от 8 до 24 часов, у 2 (33,37%) больных — свыше 24 часов. С целью диагностики применялись эндоскопические, рентгеноскопические и рентгенологические методы, а также компьютерная томография. Пятым пациентам диагноз спонтанного разрыва пищевода поставлен при поступлении, у одного пациента диагноз был выставлен ошибочно (в начале больная была госпитализирована в отделение желудочно-кишечных кровотечений с диагнозом Меллори-Вейса, а затем, при появлении плевральных осложнений, выявлен разрыв пищевода). Двое пациентов при поступлении имели явления медиастенита.

Одному пациенту с повреждением пищевода до 24 часов произведено радикальное оперативное лечение, заключающееся в ушивании дефекта двумя рядами швов в продольном направлении. Средостение и плевральную полость дренировали для аспирации экссудата, введения антибиотиков, антисептиков, протеолитических ферментов. Однако у этого пациента произошла частичная несостоятельность швов с поступлением содержимого в левую плевральную полость. В последующем этому пациенту мы применили комплексное лечение: эндоскопический метод лечения, заключающийся в проведении зонда в двенадцатiperстную кишку питательного зонда, при помощи видеоастродуоденоскопа с торцевой оптикой. Заведение зонда осуществляли через биопсийный канал эндоскопа; видеоторакоскопическое дренирование плевральной полости.

Остальным пятым больным мы сразу применили комплексное лечение. Проводили питательный зонд в двенадцатiperстную кишку и дренировали плевральную полость по показаниям. Двум пациентам проводили медиастинотомию с дренированием клетчаточных пространств шеи и плевральной полости. При этом выполняли медиастинотомию с учетом места повреждения пищевода и подводили к месту перфорации двухпросветную дренажную трубку. В основу метода положен принцип одновременного вливания в разрушенную и воспаленную зону околопищеводной клетчатки средостения антисептического раствора и активной аспирации этого раствора вместе с содержимым, скапливающимся в зоне посттравматического гнойного воспаления. Всем пациентам чреззондовую нутриционную поддержку осуществляли специальными питательными смесями до полного заживления раны пищевода и прекращений явлений плеврита и медиастенита.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Один пациент умер от прогрессирования медиастенита и эмпиемы плевры. Остальные пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение в сроки от 30 до 62 дней.

ВЫВОДЫ: Таким образом, применение комплексного лечения, заключающегося в эндоскопическом установлении питательного зонда в двенадцатiperстную кишку и малотравматичным дренированием плевральной полости, а при необходимости средостения, приводит к положительным результатам лечения синдрома Бурхаве.

20. ХІРУРГІЯ ПОЛІТРАВМИ: ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ

Гетьман В. Г., Макаров А. В., Лінчевський О. В., Мясніков Д. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

ОБГРУНТУВАННЯ: Базові принципи надання допомоги потерпілим з поєднаною травмою добре висвітлені у вітчизняних та зарубіжних публікаціях. Метою даного пілотного дослідження є виявлення «слабких місць» в організації надання хірургічної допомоги при тяжкій травмі та встановлення пріоритетних напрямків подальших досліджень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Всього на стаціонарному лікуванні у відділенні політравми з 2005 по 2009 рік знаходилося 9 757 пацієнтів, загальна летальність склала 5,1%. Амбулаторна допомога у відділенні надана 17 562 хворим.

Серед госпіталізованих ізольована та поєднана травма діагностована у 7 553 потерпілих, загальна летальність при травмі склала 6,4%. При поєднаній травмі в різних комбінаціях (4 490 хворих) летальність становила 8,9%, при ізольованій будь-якої локалізації (3 063 хворих) — 2,7%.

Проведено ретроспективний аналіз даних історій хвороб пацієнтів, госпіталізованих до відділення політравми КМКЛ 17, а також протоколи судово-медичної експертизи померлих пацієнтів за той же період часу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Всього за період 2005–2009 років пацієнтам відділення виконано 3 934 оперативних втручання з приводу травми.

Силами нейрохірургічної служби проведено 638 втручань з приводу травми. Основні тенденції: впровадження рутинного моніторингу ВЧТ у хворих з ШКГ < 8 балів, впровадження передньої корпоректомії та стабілізації переломів грудного та поперекового відділів хребта через відеоторакоскопічний доступ (всього 43 операції).

Ортопедичною службою проведено 2 325 операцій. Основні тенденції: рутинне виконання невідкладного остеосинтезу переломів довгих кісток і таза при супутній тяжкій ЗТГ, ЗЧМТ; широке використання ранньої оперативної стабілізації (64% ортопедичних втручань виконуються в першу добу), рутинне використання малоінвазивних методів стабілізації (блоковані стрижні, гама-цвях) з раннім навантаженням на оперовану кінцівку.

Хірургічною службою з приводу травми виконано 411 «великих» операцій на грудній клітці та 560 — на органах черевної порожнини. Основні тенденції: впроваджена відеоторакоскопія при травмі, неоперативне лікування ВАТС при травмі, неоперативне лікування пошкоджень селезінки, печінки та проникаючих поранень живота, втручання скороченого об'єму у пацієнтів, в шоці та з кровотечею в черевну чи грудну порожнину, рання трахеостомія у пацієнтів, що потребують тривалої вентиляції.

Летальність пацієнтів з поєднаною травмою коливалася в межах 7,2% — 10,3%, з ізольованою — 2% — 3,6%. Помічене достовірне зменшення летальності серед пацієнтів з поєднаними тяжкими пошкодженнями трьох і більше ділянок тіла з 19% до 10%.

За механізмом травми пацієнти розподілялися таким чином: ДТП водій — 19%, ДТП пасажир — 10%, ДТП пішохід — 33%, падіння з висоти — 23%, побиття — 8%, колото-різані поранення — 4%, залинична травма — 3%.

Причини смерті пацієнтів з поєднаною травмою, за даними судово-медичної експертизи: шок, множинне пошкодження органів — 37%, набряк, набухання головного мозку — 17%, геморагічний шок — 4%, травма головного мозку — 4%, пневмонія — 4%, гостра серцево-судинна недостатність — 4%, менінгоенцефаліт — 3%, енцефалолізис — 3%, сепсис — 3%, перитоніт — 1%, жирова емболія — 1%, ТЕЛА — 1%, супутня патологія — 2%, причина не визначена — 13%.

ВИСНОВКИ: Незважаючи на суттєві зрушенні в хірургічній складовій надання допомоги при тяжкій поєднаній травмі, летальність пацієнтів залишається високою. За-

вданням подальших досліджень ми бачимо покращення хірургічної допомоги травмованим з нестабільною гемодинамікою та множинними поєднаними пошкодженнями внутрішніх органів, головного мозку та скелета.

УДК 617.541-072.1-089.8

21. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ДОСТУПЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Гиллер Д. Б.

Центральный НИИ туберкулеза РАМН, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Сравнить эффективность выполнения торакальных операций из стандартных доступов и видеоассистент-торакоскопических при различных заболеваниях органов дыхания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Одним хирургом произведено в Челябинском областном противотуберкулезном диспансере за период с 1999 по 2003 год и в Центральном НИИ туберкулеза РАМН за период с 2004 по 2008 год 2 412 торакальных операций у 2 306 больных в возрасте от 5 до 87 лет.

Различные формы туберкулеза диагностированы у 1 667 (72,3%) больных, онкологическая патология — у 380 (16,5%) и неспецифические заболевания легких и плевры — у 259 (11,2%).

Большая часть всех операций (57,8%) была произведена из малоинвазивных видео-торакоскопических или видеоассистент-торакоскопических доступов (I группа оперированных). При выполнении 1 018 операций (42,2%) использованы стандартные доступы (II группа).

По поводу туберкулеза из малоинвазивных доступов удалось выполнить 57,1% вмешательств, по поводу онкопатологии — 55,3%, а неспецифических заболеваний легких и плевры — 66,4% всех операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В целом, при различной патологии из мини-доступов были выполнены 43 из 144 плевропневмонэктомий (29,9%), 119 из 238 (50,0%) пневмонэктомий, 12 из 27 билобэктомий (44,4%), 110 из 215 (51,2%) комбинированных резекций объемом более доли, 191 из 338 (56,5%) лобэктомий, 239 из 401 (59,6%) анатомических комбинированных и полисегментарных резекций, 226 из 292 (77,4%) прецизионных и атипичных резекций легких, 27 из 29 (93,1%) буллэктомий по поводу спонтанного пневмоторакса, 27 из 108 (25%) реконструктивных операций на трахее и главных бронхах. Послеоперационные осложнения в I группе больных возникли достоверно реже (1,9% и 5,9% соответственно), а 30-дневной летальности не отмечалось (во II группе 0,8%).

ВЫВОДЫ: Таким образом, использование малоинвазивных доступов возможно как при малых лечебно-диагностических вмешательствах, так и при больших торакальных операциях высокой степени сложности. Их применение на нашем опыте оказалось возможным у 57,8% больных с различной патологией легких, плевры и органов средостения, при этом частота послеоперационных осложнений и летальности была ниже, чем при операциях из стандартных доступов.

УДК 614 (477.71): 616.24-006.6: 31

22. АНАЛИЗ ПОПУЛЯЦІИ БОЛЬНИХ РАКОМ ЛЁГКОГО В ЗАПОРОЖСЬКОЙ ОБЛАСТИ С 2002 ПО 2008 ГОД

Горбенко А. И.¹, Колесник А. П., Шевченко А. И.,
Фудашкина Л. М.¹, Баранчук С. В.

Запорожский государственный медицинский университет

¹Запорожский областной клинический онкологический диспансер

На сегодняшний день рак легкого является одной из наиболее значимых медицинских и социальных проблем.

С целью повышения эффективности диагностики и лечения больных раком легкого нами проведена работа по анализу данных канцер-регистра Запорожского областного клинического онкологического диспансера с 2002 по 2008 год.

С 2002 по 2008 год диагноз рака легкого установлен у 6 417 пациентов, из них 5 373 больных — мужского пола и 1 044 — женского. Соотношение мужчин и женщин составило 5,1:1,0 с преобладанием мужского пола во всех возрастных группах. Наибольшее количество больных раком лёгкого отмечено в возрасте 60–74 лет (52,6%) от общего количества зарегистрированных случаев. В возрасте 45–59 лет было 25,5% больных, 17,9% пациентов вошли в группу 75–89 лет и 3,6% зарегистрированных случаев отмечено у лиц моложе 45 и старше 90 лет — 0,4%.

Наибольшее количество случаев рака легкого диагностируется в запущенных стадиях заболевания. Так, процент больных с IIIa, IIIb и IV стадиями был 26,1%, 15,1% и 18,7% соответственно. На ранних стадиях выявлено 40,1% больных раком легкого, при этом Ia и IIa стадии диагностированы у наименьшего количества пациентов, 3,4% и 0,8% соответственно.

По данным канцер-регистра, хирургический метод лечения за 6 лет был применен у 870 пациентов, что составляет всего лишь 13,5% от общего количества пациентов с установленным диагнозом рака лёгкого. В 95,2% (n=517) случаев выполнены радикальные операции, а в 4,8% случаях (n=42) — пробные торакотомии. Отмечается снижение количества пробных торакотомий с 2002 по 2008 год. Это связано с широким внедрением в последние годы метода компьютерной томографии, что позволило более адекватно оценить распространённость процесса на этапе обследования пациента и не проводить оперативные вмешательства у заведомо нерезектабельных пациентов. Из числа радикальных операций отмечено наиболее частое выполнение пульмонэктомий 34,8% и верхних лобэктомий 33,6%.

Химиотерапия с 2002 по 2008 год проведена 1 287 пациентам с раком лёгкого, причем в монорежиме (без операции и лучевой терапии) — 681 больному. Лучевую терапию получили 877 больных раком лёгкого, в монорежиме — 404 пациента. Химиолучевое лечение проведено у 316 больных раком лёгкого. Оперативное лечение с последующей химиолучевой терапией получили 45 пациентов.

Количество больных, получивших специальное лечение, увеличилось с 2002 до 2008 года (с 221 до 391 пациента), это связано с проведением достоверно большего количества курсов полихимиотерапии ($r=0,92$, $p=0,0025$), увеличением количества пациентов, которым проведена лучевая терапия ($r=0,7$, $p=0,07$), а также статистически значимого большего количества проведенных оперативных вмешательств ($r=0,84$, $p=0,01$). Проведение большего количества курсов химиотерапии стало возможным благодаря открытию кабинета амбулаторной химиотерапии, а также более широкому проведению адъювантной и неoadъювантной химиотерапии в стационаре торакального отделения.

23. КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ 1500 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Грубник В. В., Малиновский А. В., Гиуашвили Ш. Т.

Кафедра хирургии № 1 Одесского государственного медицинского университета

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: 1) Сравнение и анализ отдаленных результатов различных методик пластики пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) при лапароскопических антирефлюксных операциях (ЛАРО), в т. ч. по поводу больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД); 2) Сравнение и анализ отдаленных результатов различных вариантов фундопликации (ФП) по Ниссену.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: С 1994 по 2010 год в Одесской областной клинической больнице прооперировано 1 487 больных: 135 больных с ГЭРБ, не ассоциированной с ГПОД (при безуспешном консервативном лечении), 713 больных с аксиальными ГПОД II и III степени, 208 пациентов с аксиальными ГПОД I степени (при безуспешном консервативном лечении) и 431 пациента с параэзофагеальными и смешанными ГПОД. Все больные были разделены на 2 группы: I группу составило 620 больных с диаметром грыжевого дефекта менее 5 см, которым пластика ПОД выполнялась путем круоррафии; II группу составило 867 пациентов (в т. ч. 431 пациент с параэзофагеальными и смешанными грыжами) с диаметром грыжевого дефекта более 5 см, которым пластика ПОД выполнялась путем комбинации пластики сетчатым трансплантатом и круоррафии. II группа была проспективно рандомизирована на 2 подгруппы: в подгруппе А (344 пациента) сетка фиксировалась поверх ножек диафрагмы, в подгруппе В (523 пациента) сетка фиксировалась по оригинальной методике, исключая контакт трансплантата с пищеводом. У 1 259 больных ФП была выполнена по Ниссену [из них 612 пациентов были проспективно рандомизированы на 2 подгруппы: классическая методика использована у 346 больных; модифицированная ФП по Ниссену, заключающаяся в дополнительной фиксации манжетки (для профилактики ее соскальзывания) к обеим ножкам диафрагмы использована у 266 больных]; у 203 пациентов — по способу Тупе, у 25 пациентов — по Розетти.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Интраоперационные осложнения отмечены у 31 больного (2%), послеоперационные осложнения отмечены у 19 больных (1,3%). Отдаленные результаты изучены у 1 345 пациентов (90,4%) в среднем через 3 года после операции (6–60 месяцев). Частота симптомов ГЭРБ после операции была достоверно меньшей во II группе, качество жизни по шкале GERD-HRQL достоверно улучшилось во II группе в большей степени, чем в I группе. Индекс DeMeester после операции также был достоверно меньшим во II группе по сравнению с I группой. Существенных отличий в динамике рефлюкс-эзофагита между группами не отмечалось. В целом, рецидивы ГЭРБ в I группе наблюдались у 66 больных (11,8%), преимущественно за счет рецидива ГПОД, а во II группе — существенно реже — у 22 больных (2,8%). Дисфагия имела место несколько чаще во II группе (56 больных, 7,1%), чем в I группе (30 больных, 5,3%). Однако при использовании оригинальной методики дисфагия отмечалась достоверно реже (3 больных, 0,7%), чем при стандартной методике (23 больных, 7,4%). При использовании модифицированной ФП по Ниссену были получены достоверно лучшие результаты в плане частоты рецидивов ГЭРБ и дисфагии и качества жизни.

ВЫВОДЫ: 1) ЛАРО высоко эффективны в лечении ГЭРБ, ассоциированной с ГПОД, хорошо переносятся пациентами и характеризуются небольшим процентом осложнений, что позволяет признать их операциями выбора в лечении данной патологии; 2) При диаметре грыжевого дефекта более 5 см обязательной является комбинация круоррафии с пластикой ПОД композитным сетчатым трансплантатом; 3) Модифицированная ФП

по Ниссену может уменьшить частоту рецидивов ГЭРБ и дисфагии и улучшить качество жизни пациентов по сравнению с классической методикой.

УДК [616.329+616.33]-006.6-089

24. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Ерко И. П., Бардаков Г. Г., Балабушко С. Б.

Черниговский областной онкологический диспансер, г. Чернигов

АКТУАЛЬНОСТЬ. Кардиоэзофагеальный рак — особая локализация злокачественной опухоли, характеризующаяся быстрым ростом, агрессивным течением, ранним метастазированием. Несмотря на стойкое снижение заболеваемости раком желудка, в последние десятилетия отмечается значительный рост частоты выявления adenокарциномы нижней трети пищевода и зоны кардии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проанализированы результаты лечения больных с кардиоэзофагеальным раком с 1997 по 1 полугодие 2010 года. Выбор оперативного доступа и объема оперативного вмешательства определяли на основании дооперационной идентификации типа опухоли согласно классификации J. R. Siewert. При этом использовали три вида оперативного доступа: торакоабдоминальный — левосторонняя боковая косая лапаротомия с торакотомией в 7 межреберии и рассечение левого купола диафрагмы от пищеводного отверстия до сухожильного купола диафрагмы с левосторонней крутотомией; левосторонняя боковая косая лапаротомия с сагиттальной диафрагмотомией и двухсторонней крутотомией; верхнесрединная лапаротомия с сагиттальной диафрагмотомией и двухсторонней крутотомией. Во всех случаях формировали ручной инвагинационный антирефлюксный пищеводнокишечный (желудочный) анастомоз в заднем средостении по модифицированной методике Цацаниди — III. Выполнено 231 радикальную и условно радикальную операцию, что составило 11,9% от всех радикальных операций при раке желудка. Мужчин — 163, женщин — 68. Распределение по стадиям: I стадия — 7 больных (3,03%), II стадия — 52 (22,5%), III стадия — 129 (55,8%), IV стадия — 43 (18,6%). Распределение по возрасту: до 50 лет — 23 пациента (9,9%), 51-60-48 (20,7%), 61-70-123 (55,8%), старше 70 лет — 37 (16%) больных. В гистологической структуре преобладала adenокарцинома различной степени дифференцировки — 228 (98,7%), карциноид — 1 (0,43%), лейомисаркома — 1 (0,43%), гастроинтестинальная стромальная опухоль — 1 (0,43%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Выполнены операции: типа Льюиса — 14 (умер 1 больной); экстирпация культи желудка с резекцией пищевода торакоабдоминальным доступом — 3; экстирпация культи желудка с резекцией пищевода абдоминальным доступом — 2; проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода абдоминальным доступом — 66 (умер 1 больной); проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода торакоабдоминальным доступом типа Гарлока — 76 (умерло 5); гастректомия с резекцией пищевода абдоминальным доступом — 22 (умер 1); гастректомия с резекцией пищевода торакоабдоминальным доступом — 48 (умерло 2). Комбинированные операции выполнены 34 больным (14,7%). Послеоперационные осложнения — у 38 больных (16,4%): госпитальная пневмония — 15 (2 умерло), пневмоторакс — 3, эмпиема плевры — 3 (1 умер), ателектаз правого легкого — 1, спаечная тонкокишечная непроходимость — 2, послеоперационный панкреатит — 3 (1 умер), несостоятельность культи 12-перстной кишки — 1, гемоторакс — 1, ОССН — 1 (умер), ТЕЛА — 2 (оба умерли), стрессовая язва пищевода с кровотечением — 1 (умер), стрессовые язвы тонкой кишки с перфорацией — 3 (2 умерло), тромбоз подключичной вены — 1, венозный подвздошно-бедренный тромбоз — 1 больной. Послеоперационная летальность — 4,3% (10 больных).

Недостаточность анастомоза возникла в 2 случаях (0,87%). Рубцовый стеноз анастомоза на протяжении года наблюдался в 3 случаях (1,3%) и был устранен путем эндоскопического бужирования. Рефлюкс-эзофагит легкой степени на протяжении года наблюдался у 13 больных (5,6%).

ВЫВОДЫ: 1. Объем операции и доступ зависит от распространения опухоли в проксимальном или дистальном направлении от кардии и сопутствующей патологии. 2. Формирование ручного инвагинационного пищеводнокишечного (желудочного) анастомоза по разработанной методике является простым, надежным способом, дает хорошие функциональные результаты в плане профилактики рефлюкс-эзофагита.

УДК 616.712-007.24-089

25. ПРОБЛЕМА ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ. ТАКТИКА ДІЙ. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА МЕТОДАМИ NUSS-А ТА RAVITCH-А. НАШ ВЛАСНИЙ ДОСВІД НА МАТЕРІАЛІ ВРОЦЛАВСЬКОГО ЦЕНТРУ ГРУДНОЇ ХІРУРГІЇ

Жехонек А., Кацпжак Г.¹, Камінська О.¹, Колодзєй Є., Кошак С.¹, Секела М.²,
Петришин О.²

Кафедра і клініка торакальної хірургії Вроцлавської медичної академії,

¹ Відділення торакальної хірургії, Нижньосілезький центр легеневих захворювань, м. Вроцлав, РП

² Львівський регіональний фтизіопульмологічний центр

ВСТУП: Причина виникнення лійкоподібної грудної клітки (ЛГК) залишається невідомою. Ця деформація в п'ять разів частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчаток, і частота змінюється, залежно від регіону і населення — до 1:400 пологів.

МЕТА: Представлення доступних методів хірургічного лікування ЛГК.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: У Нижньосілезькому центрі легеневих хвороб з 2000 по 2008 рік операціоновано 98 хворих за методом Nuiss-а, віком від 12 до 24 років, у середньому 16,8 років: хлопців — 81, дівчат — 17 (17,35%). Найпоширенішим способом було закладення імплантата в ділянці найбільшого заглиблення грудини (93 хворих). Рідше використовували два імплантати (2 пацієнти) або додаткові техніки для покращення косметичного ефекту (3).

На порівняльному матеріалі протягом трьох років, з січня 2000 по грудень 2002 року, пластику грудної стінки виконано у 15 осіб за методом Ravitch-а: чоловічої статі — 11 (73%) та жіночої — 4 (27%), віком від 12 до 23 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Понад 90% операцій за методом Nuiss-а пройшли без ускладнень, даючи добрий косметичний ефект. В одному випадку дійшло до внутріоперацийної дестабілізації імплантата при спробах закладення двох пластин на близькій віддалі. В ранньому післяопераційному періоді спостерігали в одному випадку напружений пневмоторакс, а в другому — інфекцію в рані. До пізніх ускладнень віднесено 3 випадки рецидиву деформації, один випадок інфекції та один — міжреберної невралгії. В одному випадку мали незадовільний косметичний ефект. Загальна кількість ускладнень та невдач виявлена у 9 (9,2%) пацієнтів.

У хворих, операціонованих за методом Ravitscha-а: спостерігали 3 випадки раннього та пізнього повторення деформації через 1, 2 і 11 років після операції, які потім були скориговані за методом Nuiss-а.

Операції за Ravitcha-чем обтяжені більш ніж у три рази вищим рівнем післяопераційних ускладнень, які спостерігали в 5 пацієнтів (33%).

В одному випадку виконана повторна операція у зв'язку з кровотечею. Спостерігали двічі післяопераційний пневмоторакс.

Втручання за Nuss-ом тривали в середньому на одну годину менше, краще переносились пацієнтами. Застосування малоінвазивного методу з меншою операційною травмою скороочує тривалість госпіталізації. Особливо, за методом Nuss-а, є необхідність у дуже ретельному післяопераційному знеболюванні. Сильні болюві відчуття спостерігаються, як правило, в ранньому періоді після операції. Недоліком методу Nuss-а є необхідність оперативного видалення металевого імплантату через 2-3 роки. В останні роки виходять на ринок розсмоктуючі імплантати.

ВИСНОВКИ: Операція за Nuss-ом є методом вибору в лікуванні ЛГК. На зменшення кількості ускладнень впливають: гемостаз та асептика, стабілізація імпланта, а також поширення та характер деформації.

УДК 616-002.5-089

26. ВПЛИВ ДЕЯКИХ ФАКТОРІВ НА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕАСТАЗІВ У ЛЕГЕНЯХ

Жехонек А.¹, Колодзей Є.¹, Адам'як Я.², Камінська О.², Кошак С.³,
Петришин О.³, Секела М.³, Райба П.⁴

¹ Кафедра грудної хірургії, Вроцлавська медична академія,

² Нижньосілезький центр легеневих захворювань, м. Вроцлав,

³ Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр,

⁴ Інститут інформаційних досліджень, Вроцлавський університет

МЕТА: Визначення особливостей та оцінка результатів хірургічного лікування хворих з метастазами в легені раку нирок, товстої кишki і матки в залежності від ступеня злюкісності рапових клітин — характеристики G.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Проведено аналіз 34 хворих (вік — 43–78, у середньому 57 років), оперованих в 2004–2007 роках. Пацієнтів з метастатичним рапом нирки було 15, колоректального рапу — 13, рапу матки — 6. Ми оцінили час виживання та морфологію метастазів (кількість, розмір, а також характер злюкісності — G).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Характеристика G 3 була виявлена в 6 випадках (17% хворих), у тому числі чотири — в метастазах з матки і 2 — в метастазах рапу товстої кишki. Функція G2 в основному спостерігалась в легеневих метастазах рапу нирок. Існуvala значуща кореляція між особливістю G та виживання у випадках метастазів рапу матки — 0,69, і її відсутність в інших випадках, тобто нирки, товстої кишki.

Імовірність трирічного виживання в групі з метастатичним колоректальним рапом в середньому 0,58, рапу нирок — в середньому 0,56 та рапу матки — тільки 0,2. Виконано в середньому по дві метастазектомії (від 1 до 8). Негативна кореляція між виживанням та кількістю вторинних пухлин — особливо при метастазах рапу матки (-0,82) і нирок (-0,70), а також відсутність кореляції у разі метастазів колоректального рапу.

ВИСНОВКИ:

1. Істотний вплив на прогноз хірургічного лікування легеневих метастазів пов'язаний з первинною пухлиною та кількістю метастазів. Менш важливе прогностичне значення мають розмір метастатичних пухлин і характеристика G. Це особливо помітно у випадках метастазів пухлин нирок та товстої кишki.

2. Незалежно від первинної локалізації рапу, характеристики G, кількості і розмірів метастазів, радикальні резекції подовжують життя хворих.

27. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА: 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ

Завертыленко С. П., Мясоедов С. Д., Бацей И. С.

Киевская городская онкологическая больница, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучить непосредственные, отдаленные результаты комбинированного лечения рака грудного отдела пищевода (РГОП), включая случаи осложненных форм течения заболевания (злокачественная пищеводная фистула, дисфагия, кровотечение).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучение непосредственных результатов лечения (послеоперационные осложнения, летальность) больных, перенесших комбинированное лечение, в сравнении с пациентами, перенесшими самостоятельное хирургическое лечение. Характеристика отдаленных результатов лечения больных РГОП по методу Kaplan-Meier.

В период с 2000 по 2009-й год в клинике выполнено 87 радикальных вмешательств по поводу рака внутргрудного отдела пищевода, операций Льюиса — 33, операций Гарлока — 54. Из них 21 комбинированная (24%). Комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия + хирургическое лечение) проведено в 65 случаях (74,7%), 22 больным (25,3%) выполнено только хирургическое лечение.

В исследуемой группе больных мужчины составили 81 человек (93,1%), женщины 6 человек (6,9%). Из них с I ст. — 5 человек (5,4%), II ст. — 12 человек (13,7%), III ст. — 67 человек (77,0%), IV ст. — 3 человека (3,4%). По возрастным характеристикам: до 40 лет — 4 человека (4,6%), до 50 лет — 12 человек (13,8%), до 60 лет — 43 человека (49,6%), до 70 лет — 22 человека (25,2%), до 80 лет — 6 человек (6,8%).

Распределение по морфологическим формам представлено следующим образом: плоскоклеточный рак — 75 случаев (86,1%), аденокарцинома — 8 случаев (9,1%), смешанный тип — 4 случая (4,5%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Количество проведенных радикальных вмешательств в нашей клинике по поводу РГОП позволяют обобщить результаты лечения и оценить 1, 3-х, 5-летнюю выживаемость. Данные представлены ниже:

	Выживаемость абс. (%)	Безрецидивное течение абс. (%)
1 год	73 (83,9%)	69 (79,3%)
3 года	48 (55,1%)	44 (50,5%)
5 лет	15 (17,2%)	13 (14,9%)



ВЫВОДЫ: Хирургический метод является основным в лечении рака грудного отдела пищевода. Выполнение одномоментных операций с первичной пластикой пищевода в настоящее время есть стандартом. Совершенствование его, а также тесное сотрудничество с анестезиологической, реанимационной службами дают возможность выполнять радикальные, расширенные операции, сосредоточившись не на хирургических, а на онкологических аспектах проблемы.

За время наблюдения накоплен опыт радикального хирургического лечения больных с осложненными формами рака пищевода (кровотечение, стеноз, злокачественная пищеводная фистула).

Стандартизация подходов в куратории больных РГОП, ранняя выявляемость, проведение комбинированного лечения при начальных стадиях является главным прогностически благоприятным фактором.

УДК 616.25-003.217-072.1-089.8

28. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПРОВЕДЕНИЮ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

Іващенко В. Е., Калабуха І. А., Маєтний Е. Н., Хмель О. В., Гайдар А. А.,
Порк Е. М., Живогляд А. М., Гергая Т. В.

ГУ «Національний інститут фтизиатрії та пульмонології імені
Ф. Г. Яновського НАМН України», г. Київ, Україна

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Определить дифференциальные возможности искусственного пневмоторакса (ИП) перед операцией для решения вопроса о выборе тактики выполнения ВТС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: ИП перед операцией был применен у 63 больных. ИП производился за сутки до запланированной операции. Производилась пункция плевральной полости больного и при помощи микроирригатора после эвакуации жидкости вводился газ.

ОЦЕНИВАЛИ СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА: степень одышки, болезненные ощущения, изменения в чувстве тяжести в грудной полости; физикальные данные: изменения в аускультативной и перкуторной картине; рентгенологическую картину: степень коллабирования лёгкого, приращение отдельных его частей к грудной стенке, наличие спаек, их количество и локализация, положение средостения и его конфигурация, наличие патологических образований на грудной стенке, состояние диафрагмы. Были разработаны критерии выбора анестезии и правила проведения манипуляций при ВТС в зависимости от вида анестезиологического пособия. Общая оценка включала длительность операции, хирургические и анестезиологические интра- и послеоперационные технические сложности и осложнения, характеристики послеоперационного течения: время выхода из наркоза, длительность и интенсивность болевых ощущений в раннем послеоперационном периоде, длительность и количество экссудации плевральной полости, фебрильную реакцию, физикальные данные, полное расправление лёгкого, исход лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: После формирования ИП субъективное и объективное состояние больных заметно улучшалось. Было выполнено 43 ВТС под внутривенной анестезией и 20 — под эндотрахеальной. Показаниями для проведения внутривенного наркоза считали полный или частичный пневмоторакс, достаточный для диагностических манипуляций, исключительно диагностическая цель ВТС. Эндотрахеальный наркоз

проводился больным с ограниченным пространством в плевральной полости, множеством спаек, тем, кому планировалось производить активные хирургические манипуляции: разделение спаек (тупое и острое), частичный пневмолиз, удаление наслоений фибрина, вскрытие вакуолей, объединение всех отдельных патологических полостей в одну свободную плевральную полость, биопсии легкого, медиастинальных образований. В послеоперационном периоде больные, которым проводилась внутривенная анестезия, требовали более редкого обезболивания, чем пациенты, перенесшие интубационный наркоз, не имели задержек в физиологических отправлениях, раньше активизировались, экссудация у них продолжалась менее длительный срок, дренажи удалялись раньше на 2-3 дня, и выписывались на 3-4 дня раньше, чем больные другой группы. Исходы — больные группы внутривенного наркоза на момент выписки имели меньше остаточных изменений в плевральной полости, в виде плевральных наслоений, спаечного процесса, субфебрилитета в вечернее время, болезненности в месте торакоскопического доступа и всего гемиторакса.

ВЫВОДЫ:

1. Применение ИП у больных с синдромом плеврального выпота для выбора оптимального варианта ВТС считаем оправданным и эффективным.
2. Выполнение ВТС под комбинированной в/в анестезией обеспечило более раннюю активизацию больных после операции, меньшую потребность в обезболивающих средствах, исключили задержку в физиологических отправлениях, более раннее удаление дренажа и выписку больного из стационара.
3. Выполнение ВТС под ЭТН показано при наличии плевральных сращений, необходимости адгезиолиза, биопсии легкого, медиастинальных образований.

УДК 616.329-089.5-089.844:617-001.37

29. КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ ВСЛЕДСТВИЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА — СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Йовенко И. А., Куник Л. В., Кобеляцкий Ю. Ю., Шпак С. П., Коваленко Л. В.

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровская областная клиническая больница им. И. И. Мечникова*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Эзофагопластика является довольно сложным разделом хирургии, требуя от анестезиолога готовности обеспечить защиту пациента во время длительного и травматичного оперативного вмешательства. Особенностью пациентов со стриктурой пищевода вследствие его химического ожога является снижение трофического статуса и функциональных резервов организма на фоне дефицита питания и сопутствующей патологии. Целью нашей работы был выбор варианта комбинированной анестезии при эзофагопластике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Операции эзофагопластики выполнялись путем формирования пищевода методом гастроэзофагопластики либо колоэзофагопластики и состояли из нескольких этапов: абдоминальный (формирование трансплантата), проведение трансплантата за грудиной, наложение анастамоза между трансплантатом и пищеводом на шее.

В связи с высокой травматичностью операций анестезиологическое пособие проводили в виде комбинированной анестезии: эпидуральная + общая внутривенная анестезия. Данный вариант анестезии рекомендуется Европейским обществом регионарной анестезии и лечения острой боли (ESRA) в виде оптимального выбора при операциях высокой травматичности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В течение 2009 года под нашим наблюдением находилось 3 пациента с химическими ожогами пищевода. Предоперационная подготовка включала выявление и коррекцию сопутствующей патологии; улучшение трофического статуса пациентов путем усиления энтерально-парентерального питания с использованием адаптированных смесей для энтерального питания (Берламин, Фрезубин) и внутривенных инфузий 20% глюкозы, аминокислотных (Инфезол-100, Аминоплазмаль) и липидных (Липофундин, Интрапирид) растворов с обязательным лабораторным контролем показателей метаболизма (глюкоза, электролиты, общий белок, лактат и др.). Профилактику тромбоэмбологических осложнений и антибиотикопрофилактику проводили согласно протоколов, утвержденных МЗУ. Мониторинг: АД (предпочтительно — инвазивное), ЭКГ, пульсоксиметрия, капнография, почасовой диурез, температура тела, лабораторный (КЩС, газы крови, глюкоза).

АНЕСТЕЗИЯ: комбинированная эпидуральная + внутривенная анестезия с ИВЛ. После обеспечения сосудистого доступа и мониторинга катетеризировали эпидуральное пространство на уровне Th7-9. Катетер проводили крациальнно на 4-5 см. Тест-доза 0,5% бупивакаина 2-3 мл. Через 10–15 мин. при отсутствии спинального блока вводили 2-3 мл 0,5% бупивакаина и 2 мл 0,005% фентанила. Подключали инфузию 0,25% бупивакаина + 100 мкг фентанила со скоростью 5–7 мл/час.

Индукция в анестезию — фентанил + пропофол. Интубация трахеи после миоплегии эсмареном или тракриумом. Поддержание анестезии — в/в инфузия пропофола шприцевым дозатором «AITECS» и фентанил, по клиническим признакам адекватности анестезии. Поддержание миоплегии эсмареном или тракриумом — инфузия шприцевым дозатором «AITECS». ИВЛ проводили в режиме нормокапнии с $\text{FiO}_2=0,3-0,5$. Инфузию релаксантов прекращали за 15–30 мин до окончания операции, пропофола — за 15 мин до окончания операции. Экстубация больных на фоне хорошего мышечного тонуса, оптимальных показателей минутного объема дыхания (МОД), артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), SatO_2 .

Послеоперационное обезболивание включало сочетание эпидуральной аналгезии местными анестетиками и опиатами, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и системного введения опиатов по-показаниям. Оптимальным способом послеоперационной аналгезии является эпидуральный или внутривенный, желательно контролируемый пациентом, с обязательным мониторингом оксигенации и вентиляции. В раннем послеоперационном периоде проводится ингаляция O_2 и СРАР. Крайне важна ранняя послеоперационная мобилизация пациентов. С 1-х послеоперационных суток больным проводили энтерально-парентеральное питание с использованием желудочно-го зонда и с постепенным переходом на самостоятельный энтеральный прием пищи.

Клинические результаты лечения оценивали на основании показателей летальности, частоты интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, длительности пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии в послеоперационном периоде. Данные показатели продемонстрировали стабильность периоперационного состояния пациентов со стороны основных систем жизнеобеспечения. Длительность пребывания в реанимационном отделении составила 3–5 дней. Все пациенты были выписаны из стационара через 21–25 дней с положительным исходом заболевания.

ВЫВОДЫ: Исходя из наших скромных наблюдений и с учетом рекомендаций (ESRA), данный вариант комбинированной анестезии эффективен и может быть методом выбора при эзофагопластике.

30. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ФТИЗИОХИРУРГИИ

Калабуха И. А.

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина

ТРЕВОЖНЫЕ ФАКТЫ:

- действующие нормативные документы регламентируют хирургическое лечение туберкулеза недостаточно;
- высказываются сомнения в необходимости хирургического лечения больших остаточных изменений (туберкуломы, цирроз, фиброз с бронхоэктазами и т.п.) вообще;
- возрастают организационные трудности в работе фтизиохирургических отделений вплоть до полного прекращения их деятельности;
- в г. Киеве отсутствуют учреждения, административно обязаные оказывать фтизиохирургическую помощь; в плотно заселенных регионах (Днепропетровск, Луганск) активность фтизиохирургических служб радикально снижается;
- статистический сборник о туберкулезе в последний редакции вообще не содержит сведений о частоте закрытия деструкций.

АРГУМЕНТЫ ПРОТИВНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:

- высокая стоимость хирургического лечения;
- недостаточная эффективность хирургического лечения;
- отдельные статистические выкладки об отсутствии достоверного влияния хирургического лечения на отдаленные результаты и эпидемиологическую обстановку в целом;
- рекомендации зарубежных экспертов.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕОБХОДИМОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ:

- несвоевременное выявление заболевания;
- неадекватное лечение;
- неадекватная химиотерапия;
- недостаточная патогенетическая терапия;
- недостаточное внимание к сопутствующей патологии;
- плохая переносимость лечения и побочные реакции;
- недисциплинированность пациента;
- анатомо-морфологические особенности заболевания;
- биологические особенности микроорганизма и его взаимодействия с макроорганизмом;
- неадекватная оценка результата лечения.

МЕСТО ХИРУРГИИ И РОЛЬ ХИРУРГА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ:

- инвазивная диагностика;
- оценка динамики течения заболевания в процессе лечения;
- применение средств «малой хирургии» в комплексе лечебных мероприятий;
- определение необходимости, возможности выполнения и целесообразности проведения оперативного вмешательства;
- планирование и проведение предоперационной подготовки;
- собственно оперативное лечение.

ПРЕДРАССУДКИ, ЗАБЛУЖДЕНИЯ И СТЕРЕОТИПЫ:

- операция — шаг отчаяния;
- травматичность инвазивной диагностики превышает целесообразность ее выполнения;
- коллапсохирургия — вчерашний день фтизиатрии;

- операция — превращение пациента в тяжелого инвалида;
- успешная операция — окончание лечения.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ:

- раннее определение контингента, потенциально нуждающегося в хирургическом этапе лечения;
- организация терапевтических мероприятий у данного контингента по принципам интенсивной предоперационной подготовки с использованием полного комплекса патогенетических средств, методов интенсивной терапии (в т.ч. инвазивных), при участии хирурга в их планировании и выполнении;
- определение оптимальных объема и методики хирургического вмешательства и анестезиологического обеспечения в каждой конкретной клинической ситуации;
- стандартизация ведения раннего послеоперационного периода с учетом основных факторов риска возникновения обострений и рецидивов туберкулезного процесса;
- строго контролируемое послеоперационное лечение в сроках, предусмотренных стандартом.

ЧТО НЕОБХОДИМО:

- усовершенствование нормативных документов, регламентирующих лечение больных туберкулезом легких с учетом хирургического этапа;
- избавление от заблуждений и амбиций;
- широкое ознакомление терапевтов-фтизиатров с возможностями хирургии в лечении больных туберкулезом;
- участие хирурга в ключевых моментах и оценки эффективности лечения больного;
- участие терапевта-фтизиатра в лечении в процессе пребывания больного в хирургическом отделении;
- обязательное контролированное послеоперационное лечение.

УДК 616.24-06-083.98-089.166

31. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕТАПНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ЛІКВІДАЦІЇ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНУ ТА УСКЛАДНЕНУ ПАТОЛОГІЮ ЛЕГЕНЬ

*Калабуха І. А., Радіонов Б. В., Хмель О. В., Шаригін О. О., Ваднєв О. О.,
Брянський М. В., Живогляд О. О.*

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського
НАМН України», м. Київ*

З метою визначення оптимальної хірургічної тактики при лікуванні хворих на поширені і ускладнені форми захворювань легень було проведено аналіз результатів 242 оперативних втручань у 120 малокурабельних хворих на НЗЛ і деструктивний туберкульоз легень з ускладненим перебігом та декомпенсацією основних параметрів гомеостазу. У зв'язку з вичерпанням можливостей консервативної терапії існувала необхідність у застосуванні хірургічних методів лікування, в тому числі у 84,7% пацієнтів — за невідкладними показаннями. Порівнювали результати традиційних операцій з результатами втручань, виконаних за розробленою в нашій клініці етапною схемою.

Встановлено, що негайне виконання радикальних операцій виявилося ефективним лише у 58,1% хворих у зв'язку із значною кількістю післяопераційних ускладнень та високою (21,4%) летальністю. При застосуванні операцій першого етапу ускладнень та летальності не спостерігалося, протягом 3–6 тижнів стан хворих поліпшився, що дозволило виконати операції другого етапу. Останні носили радикальний характер у 74,5% пацієнтів і виявилися клінічно ефективними у 89,0% випадків, летальність склала

5,2%. У 19,2% хворих радикальні операції виконувалися на третьому етапі, у 6,3% — на четвертому. Загальна летальність склала 10,0%, основною причиною смерті виявилося повне виснаження резервів підтримання гомеостазу в умовах хронічної інфекції.

Таким чином, вважаємо доцільним рекомендувати етапне хірургічне лікування вказаного контингенту хворих із відсточенням радикального втручання до досягнення загальної компенсації наявних порушень гомеостазу.

УДК 616.25-003.24-006-089.168.1

32. ВИПАДКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ХІЛОТОРАКСУ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ

Качмар В. М.

Волинська обласна клінічна лікарня

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Одними з основних вимог абластичності оперативних втручань при онкопатології органів грудної клітки є видалення органа або його анатомічної частки в межах здорових тканин з медіастинальної лімфодисекцією при потребі. Все вищезгадане підвищує ризик післяопераційних ускладнень, одним з яких є інтраопераційне пошкодження грудної протоки або його відгалужень з розвитком в післяопераційному періоді хілотораксу на стороні операції. Так, за деякими даними, пошкодження грудного протоку при езофагектомії становить 5–10%, що спонукає деяких авторів до превентивної перев'язки грудної протоки під час операції (1). У наведених нижче власних спостереженнях післяопераційного (п/о) хілотораксу всі операції супроводжувались травматичними маніпуляціями на середостінні, і не виключено, що вже до операції було блокування грудної протоки або її відгалужень метастатичними лімfovузлами або самою пухлиною з розвитком колатералей. Нижче наводимо короткі історії хвороб трьох випадків п/о хілотораксу.

I. Хв. К., 1955 р. н., 21.07.2000 р. — операція: передньобокова торакотомія зліва, пульмонектомія з внутрішньоперикардіальною обробкою загального стовбура легеневих вен. Пат. Гістологічне заключення (ПГЗ) — помірно диференційований плоскоклітинний рак легені. В лімfovузлах середостіння — метастази раку. На другу добу після операції у виділеннях по дренажу помічено домішки лімфи. Плевральна порожнина виповнювалась пункційно з введенням антибіотиків, при цьому в плевральному ексудаті був значний домішок лімфи. 30.08.2000 по 28.09.2000 отримав променеву терапію СД 40 Гр на середостіння. З початку листопада 2000 року хворому почали проводити плевральні пункциї з аспірацією до 2 літрів хілусу в 2-3 тижні у зв'язку із задишкою та відчуттям важкості в грудній клітці зліва. Після пункциї стан хворого зразу ж нормалізувався. Поступово кількість аспірованого хілусу зменшувалась, але хворий почав частіше відчувати задишку. На рентгенограмі ОГК від 11.01.2001 р., зробленій після плевральної пункциї (до 1 л хілусу), виявлено тяжистість у верхній долі правої легені, орієнтовану до кореня. Корінь правої легені безструктурний, підтягнутий вгору, тяжистий, деформований. Середостіння зміщене вліво. КТ ОГК 19.01.2001 р. — виявлені значно збільшені л/в справа з вираженим прикореневим лімфангоїтом. З 24.01.2001 по 31.01.2001 хворий отримав променеву терапію в дозі 6 Гр, яку було припинено у зв'язку з погіршенням стану. Незабаром хворий помер від прогресування хвороби.

II. Хв. К., 1957 р. н., 18.01.10 р. — операція: задньобокова торакотомія справа, пульмонектомія, з приводу світлоклітинного раку проміжного бронха, ускладненого нагноєним ателектазом нижньої середньої долі правої легені. Особливістю операції були значно збільшені підбіfurкаційні та параезофагіальні л/в в середостінні, які всі видалені, хоча при пат. гістологічному дослідженні метастазів у них виявлено не було.

25.01.10 при плевральній пункциї отримано ексудат з домішками лімфи. Поставлено плевральний дренаж, по якому виділялось в середньому до 1 л хілусу на добу. 28.01.10 — реторакотомія, перев'язка грудного протоку. Але в п/о періоді лімфорея продовжувалась із втратою до 1 л хілусу на добу. Поступово, незважаючи на інтенсивну інфузійну та замісну терапію, стан хворого став погіршуватись, з'явились гнійні виділення по дrenажу, явища астенізації. 18.02.10 хворий помер.

ІІІ. Хв. К., 1939 р. н., поступив в торакальне від. з діагнозом рак с/З стравоходу. Біопсія надключичних л/в, метастазів не виявлено. Від неoad'ювантої променевої терапії хворий відмовився. 19.08.2002 р. — операція: резекція стравоходу за Тореком. Особливостями операції було проростання пухлиною грудного відділу аорти, і тому на аорті було залишено невелику частинку пухлини. В малому сальнику було виявлено збільшений л/в, який видалено з навколоишньою клітковиною. ПГЗ — плоскоклітинний низькодиференційований рак. В л/в малого сальника — метастаз даного раку. Ранній п/о період без особливостей, протягом тижня отримував стіл № 1а. З 30.08.2002 стан поступово став погіршуватись, з'явились слабкість, задишка. З 02.09.02 підвищилась температура тіла і з'явилося вип'ячування в надключичній ямці на стороні операції. На КТ ОГК 02.09.02 запідозрено задній медіастиніт, з приводу чого 02.09.02 виконана реторакотомія. При відділенні легені від середостіння розкрилась порожнина, яка займає всю медіастинальну поверхню легені, заповнена лімфою в об'ємі до 1 літра. Виявлено витікання лімфи медіальніше кореня легені біля аорти. Таке ж витікання лімфи виявлено біля діафрагми в середостінні з тяжу. Місця витікання лімфи ушито. Після чого лімфорея припинилася. В п/о періоді хілотораксу не спостерігалось. Але стан хворого поступово погіршувався, наростили явища кахексії. На КТ ОГК та ОЧП виявлено помірно виражену спленомегалію, поодинокі збільшені л/в заочеревинного простору. Незважаючи на інтенсивну інфузійну терапію, введення білкових препаратів, вітамінів, явища кахексії наростили. Родичі забрали хворого на симптоматичне лікування за місцем проживання з несприятливим життєвим прогнозом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Аналізуючи описані вище випадки, спільним є те, що хілоторакс розвинувся в ранньому п/о періоді на стороні операції після великих по об'єму оперативних втручань (пульмонектомії та езофагектомії) при онкопатології органів грудної порожнини з проростанням органів середостіння (рак с/З стравоходу з проростанням грудного відділу аорти) і ураженням л/в середостіння (обидва випадки раку легені), як метастатичного характеру, так і запального, як реакції на нагноєний ателектаз легені. Лікування було різним: консервативне — променева терапія на середостіння та плевральні пункциї; оперативне — реторакотомія з перев'язкою грудної протоки. Незадовільні результати лікування п/о хілотораксу в наших спостереженнях пов'язані із прогресуванням онкопроцесу в п/о періоді.

ВИСНОВКИ: Підсумовуючи все вищеописане, можна констатувати, що п/о хілоторакс при онкопатології органів грудної клітки є поєднанням як операційної травми, так і прогресуванням онкопроцесу в п/о періоді, і є несприятливим прогнозом, який впливає на результати оперативних втручань.

33. АЛЬТЕРНАТИВНА СТИМУЛЯЦІЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ КАРДІОРЕСИНХРОНІЗИРУЮЩІЙ ТЕРАПІЇ

Коршунов В. В., Чудинов Г. В., Дюжиков А. А.

Центр кардіології і сердечно-сосудистої хірургії ГУЗ РОКБ,

г. Ростов-на-Дону,

Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца
и электрокардиостимуляции

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка и анализ преимущества альтернативной (эпикардиальной) электрокардиостимуляции (ЭКС) левого желудочка в сравнении с традиционной трансвенозной техникой при кардиоресинхронизирующей терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: в наше исследование включены 40 пациентов в возрасте 44–72 лет, которым выполнена имплантация трехкамерного (бивентрикулярного) электрокардиостимулятора (ЭКС). Все пациенты исходно имели 3-4 ФК сердечной недостаточности по NYHA, фракция выброса левого желудочка была менее 35%, длительность QRS в среднем составляла 185–190 мс. После имплантации правопредсердного и правожелудочкового электродов (Medtronic CAPSURE FIX NOVUS, Biotronik SELOX SR60, Vitatron CRYSTALLINE ACT FIX) традиционной техникой левожелудочковый электрод (Medtronic ATTAIN OTW, Boston Scientific EASYTRACK) имплантировался трансвенозно через коронарный синус в эпикардиальную вену. Однако, несмотря на распространенность, традиционная методика не может быть предпринята у некоторых пациентов в связи с высокой длительностью флюороскопии, техническими трудностями, неудовлетворительными порогами стимуляции и особенностями венозной анатомии коронарного синуса. Излишние манипуляции при катетеризации коронарного синуса приводят к серьезным осложнениям (в т.ч. перфорации). В группу альтернативной методики (левая латеральная миниторакотомия в 4 межреберье с имплантацией эпикардиального электрода (Medtronic CAPSURE EPI) включены 9 пациентов. Режим бивентрикулярной стимуляции для всех пациентов DDD. Значения атриовентрикулярной (AV) задержки устанавливались на основе проведенного эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Средняя продолжительность бивентрикулярного стимуляционного QRS комплекса составила 140–150 мс, что было меньше исходного QRS на 35–50 мс. Интраоперационный порог альтернативной (эпикардиальной) стимуляции был достоверно ниже в сравнении с трансвенозной техникой, в среднем составил 0,9–1 В (длительность стимула 0,5 мс), в течение недели после имплантации оставался низким и через 6–12 месяцев в среднем составил $1,0 \pm 0,3$ В. Импеданс составил 650 ± 105 Ом.

Эхокардиографическое исследование проводилось всем пациентам после имплантации, через 6 и 12 месяцев. Сравнивалась сократительная функция ЛЖ. Различия в ФВ были незначительными и составили в среднем 36–40%. У многих пациентов отмечено клинически значимое уменьшение степени межжелудочковой диссинхронии.

ВЫВОДЫ! При наблюдении за пациентами в течение 12 месяцев установлено, что пороги захвата и чувствительности при эпикардиальной стимуляции ЛЖ достоверно лучше. Альтернативная техника имплантации эпикардиального ЛЖ электрода, левая латеральная миниторакотомия, является предпочтительной и выполнимой, когда традиционная трансвенозная методика имплантации электрода не выполнима по разным причинам.

34. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ МЕДІАСТИНІТУ

Кошак С. Ф., Беляк О. В., Петришин О. С., Секела М. В., Рак Л. М.,
Гринчишин І. Я., Мажак К. Д.

Львівський регіональний фтизіопульмологічний центр,
Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України

ВСТУП: Гострий медіастиніт в наш час є одним із найбільш важких гнійних процесів, які зустрічаються в хірургічній практиці. Гнійна інтоксикація при цьому надзвичайно велика, і без лікування майже всі хворі гинуть протягом 3-4 діб. Летальність коливається від 8 до 83,3%.

МЕТА: Ретроспективний аналіз діагностики, хірургічного лікування хворих з гнійним медіастинітом та шляхи їх покращення.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: З 1980 по 2008 рік у клініках щелепно-лицьової хірургії та торакальних відділень Львівської обласної лікарні і Львівського регіонального фтизіопульмологічного центру лікувалось 116 хворих з гострим гнійним запаленням межистіння різного генезу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Із 116 пацієнтів з гнійним медіастинітом: чоловіків було 82, жінок — 34, віком від 3 до 83 років, у середньому — $44,16 \pm 15,52$. В залежності від причини спостерігали первинний (49) медіастиніт, коли вогнище запалення виникало безпосередньо в передньому або задньому межистінні: травматичний при перфорації стравоходу (42), недостатності швів після операцій на стравоході (4), нагноєння гематом ший в результаті тупої травми (2) і післяін'єкційного абсцесу шиї та вторинний (67), коли гнійний процес поширювався з інших анатомічних областей — нисхідний некротичний медіастиніт (ННМ — 64): одонтогенний (52), тонзилогенний (13) та перехід гнійного запалення при туберкульозі і гострому абсцесі легень. Біль як основна скарга виникав зразу або кілька годин після травми і мав різну іrrадіацію в залежності від рівня пошкодження стравоходу: шийного відділу — в потилицю (у 4 хворих), грудного — в міжлопаткову ділянку (у 32), а нижньогрудного і внутрічревного — в епігастральну (у 4). Відмічали осипливість голосу (34 спостереження), інфільтрацію м'яких тканин на шиї (3), підшкірну емфізemu надключичних ділянок (21), пневмоторакс (8), напруження м'язів передньої черевної стінки (2). Діагностика вторинного медіастиніту більш складна, і часто він розпізнавався із запізненням. Дренування при ННМ проводилось частіше за Разумовським. Використовували двопросвітні силіконові трубки для промивання гнійних порожнин і аспірації. Розкриття переднього межистіння із надгрудинного доступу проведено 23 хворим, надгрудинно-міжреберного — 3. Бокова шийна медіастинотомія виконана у 44 пацієнтів, в тому числі з дренуванням плевральної порожнини — у 12; трансхіatalна за Савініх-Розановим — у 5; за Насіловим — у 2; торакотомія, медіастинотомія — у 17; дренування плевральної порожнини — у 9. Всім хворим проводили комплексну інтенсивну терапію, харчували через назогастральний зонд (38 спостережень) до відновлення акту глотання та гастростому (32 пацієнти). Після лікування померло 42 (36,21%) особи.

ВИСНОВКИ: 1. Найбільш достовірними в діагностиці медіастиніту є рентгенконтрастні дослідження стравоходу, КТ. 2. Основним методом лікування є раннє невідкладне хірургічне втручання незалежно від стану пацієнта: оперативні доступи диференціовані від локалізації гнійника в межистінні з постійною санацією та аспірацією антисептиками. 3. Профілактикою ННМ є ретельна санація первинного вогнища інфекції, широке розкриття флегмони дна порожнини рота. 4. Торакотомія, медіастинотомія показані при перфорації грудного відділу стравоходу по можливості з його первинним швом.

35. ОСОБЛИВОСТІ КОМПРЕСІЙНОГО СИНДРОМУ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ УТВОРАХ МЕЖИСТИННЯ У ДІТЕЙ

Кравчук Б. О.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

МОЗ України

Кафедра торакальної хірургії та пульмонології

ВСТУП: У структурі онкологічних захворювань добрякісні утвори межистиння складають 3–7%. На ранніх стадіях розвитку 20–30% добрякісних утворів межистиння перебігають безсимптомно і виявляються випадково, переважно після проведеного рентгенологічного обстеження з приводу профілактичного огляду або інших захворювань, 70% діагностуються на стадії ускладнень. Клінічна симптоматика — неспецифічна, обумовлена компресійним синдромом, якому притаманна низка органоспецифічних симптомокомплексів, які на ранніх стадіях суттєво обтяжують діагностику основного захворювання. Враховуючи особливості клінічного перебігу добрякісних утворів межистиння, питання ранньої діагностики та лікування залишаються актуальними і тепер. Вирішення цих питань потребує комплексного підходу, особливо на ранніх стадіях захворювання, що і спонукало до вивчення особливостей медіастинального компресійного синдрому при добрякісних утворах межистиння у дітей.

МЕТА РОБОТИ: оптимізація засобів і методів ранньої діагностики та поліпшення результатів хірургічного лікування добрякісних утворів межистиння у дітей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: У клініці дитячої торакальної хірургії НМАПО за період з 1985 по 2009 рік обстежено та проліковано понад 670 хворих з новоутворами межистиння. Для дослідження відібрано 285 хворих з добрякісними формами. Морфологічна структура та частота добрякісних утворів межистиння (ДУМ) була такою: патологія тимусу — 173 (60,7%) випадки; нейрогенні пухлини (НП) — 68 (23,9%); тератодермоїдні утвори (ТДП) — 17 (6,0%), кісти — 27 (9,5%), із них бронхогенні (БК) — 20 (74,1%); ентерогенні (ЕК) — 7 (25,9%). Усі хворі комплексно обстежені. Основними об'єктивізуvalьними та уточнюючими методами діагностики утворів межистиння є променеві.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: За умов переважного компресування органа або структури відповідної системи, виділено п'ять органоспецифічних симптомокомплексів, характерних для ДУМ: аеродинамічний (респіраторний), гемодинамічний, дисфагічний, нейрогенний, остеогенний. Частота виділених симптомокомплексів була такою: аеродинамічний — 75,8%; нейрогенний — 5,1%; остеогенний — 5,1%; дисфагічний — 0,7%; гемодинамічний — 0%. Безсимптомний перебіг відмічено у 13,3% хворих.

Основний симптомокомплекс — аеродинамічний, його проявами були немотивований кашель, явища ДН (задишка, ціаноз, стридорозне дихання, приступи асфіксії) та часті бронхолегеневі захворювання, які погано піддавалися класичним методам лікування. Виразність скарг і клінічних симптомів залежали від локалізації, розмірів та ступеня компресійного звуження дихальних шляхів.

На підґрунті вивчених та систематизованих скарг, анамнезу хвороби, особливостей клінічного перебігу ДУМ на ранніх стадіях та за умов компресування повітряпровідних шляхів, у патогенезі захворювання вперше означено синдром «локальної іммобілізації» — приведення у нерухомий стан ділянки трахеї і/або крупних бронхів як перший ступінь компресійного синдрому і як пусковий механізм респіраторного симптомокомплексу у даної групи хворих. Патогенетичним підґрунтям синдрому «місцевої іммобілізації» є порушення аеродинаміки, самоочищення дихальних шляхів та їх інфікування, клінічним проявом — часті респіраторні захворювання (бронхіти, пневмонія).

Виходячи із патогенетичних механізмів, нами опрацьована та запропонована для практичного використання класифікація стенозу повітряпровідних шляхів у дітей при ДУМ, яка включає: I ст. — місцева іммобілізація; II ст. — звуження до 1/2 діаметра дихальних шляхів; III ст. — від 1/2 до 2/3 їх діаметра; IV ст. — звуження від 2/3 і більше діаметра дихальної трубки з декомпенсацією дихання.

Лікування ДУМ раннє, оперативне. Прооперовано 154 (52,4%) хворих, із них 13 (8,4%) — повторно. У 13 хворих виконано 17 повторних оперативних втручань. Первинні оперативні втручання, у цієї групи хворих виконувалися виключно з приводу нейрогенних — у 9 (69,2%) та тератодермоїдних пухлин — у 4 (30,8%). Хірургічні втручання носили: радикальний характер — у 92,7% хворих; комбінований — у 5,9%; паліативний у 4,8%. У 28 хворих застосовано метод електrozварювання живих тканин, що дозволило: скоротити час оперативного втручання на 20–30 хв.; зменшити об'єм інтраперацийної крововтрати — на 45–75%; зменшити кількість післяоператійних ускладнень на 25%; підвищити рівень радикальності оперативного втручання.

Безпосередні та віддалені результати лікування добри.

ВИСНОВКИ:

1. Ведучим у клініці ДУМ є аеродинамічний (респіраторний) симptomокомплекс.
2. Причиною частих респіраторних захворювань на ранніх етапах розвитку ДУМ є синдром «локальної іммобілізації» — приведення у нерухомий стан ділянки трахеї і/або крупних бронхів.
3. Діти, котрі часто і тривалий час хворіють на респіраторні захворювання, підлягають обов'язковому рентгенологічному обстеженню органів грудної клітки.

УДК 616.24-002.54-089.844

36. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ, ДОПОЛНЕННОЙ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ — КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИЕЙ

Краснов Д. В., Краснов В. А., Грищенко Н. Г., Бесчетный Т. Г., Скворцов Д. А.

Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза

Трудности излечения больных распространенным фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ) пациентов определяются распространностью специфических изменений, каверн, специфическим поражением трахеобронхиального дерева, выраженностью функциональных нарушений, сопутствующей патологией, что значительно ограничивает возможности современных схем химиотерапии, коллагенотерапевтических методик и резекционных вмешательств. У данной категории пациентов нашими сотрудниками более 40 лет успешно применяется оригинальный вариант экстраплевральной торакопластики — остеопластическая торакопластика (ОТ). С целью усиления ее эффективности (закрытие каверн, прекращение бактериовыделения) нами эта коллагенотерапевтическая операция дополнена новой медицинской технологией — клапанной бронхоблокацией (КБ). Данный метод осуществляется с помощью эндобронхиального клапана (ЭК), устанавливаемого в сегментарные и долевые бронхи. ЭК позволяет отходить из очага поражения воздуху, мокроте, бронхиальному содержимому при выдохе и кашле. При этом необходимо отметить, что обратного поступления воздуха в пораженные участки легко-

го не происходит, тем самым достигая постепенного состояния лечебной гиповентиляции и ателектаза легкого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Представлены результаты комплексного лечения 131 больного распространенным деструктивным туберкулезом легких, которым была выполнена ОТ. Все пациенты получали химиотерапию с учетом индивидуальной переносимости и лекарственной чувствительности МБТ. Первую, основную группу из 62 человек составили больные, которым в послеоперационном периоде в комплексе с противотуберкулезной терапией применялся метод КБ. Вторую, группу сравнения из 69 человек, составили больные распространенным деструктивным туберкулезом легких, которые после ОТ получали только противотуберкулезную терапию.

В настоящее время у хирургических больных деструктивным туберкулезом процесс носит прогрессирующий характер (в I группе — у 47 (75,8%) пациентов, во II группе — у 46 (66,7%)), т.е. более чем в 2/3 случаев, у остальных пациентов наблюдается нестабильное течение ($p>0,05$). Именно эта проблема сегодня и создает трудности в излечении таких пациентов как у фтизиатров, так и у фтизиохирургов. Следует отметить, что в основной группе прогрессирующее течение процесса встречалось чаще, что объясняется тем, что высокие результаты применения клапанной бронхоблокации в начале исследования побудили нас в дальнейшем применять этот метод у более сложных больных туберкулезом, осложненным прогрессирующим течением. У всех больных констатировались сформированные, толстостенные каверны с признаками обострения — перикавитарной инфильтрацией и обширным обсеменением в окружающей и отдаленной легочной ткани. При определении тактики хирургического лечения это имеет важное значение, так как у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом процент закрытия полостей распада под торакопластикой без последующей резекции невелик. К моменту поступления в хирургическое отделение у всех пациентов туберкулез носил распространенный характер. У 52 (83,9%) и 57 (82,4%) больных I и II групп ($p>0,05$) отмечалось субтотальное и тотальное двустороннее очаговое обсеменение легких. Двустороннее расположение полостей распада наблюдалось у 16 (25,8%) больных в I группе и у 13 (18,8%) — во II группе. У всех больных каверны находились в верхней доле легкого. В шестом сегменте легкого полости распада наблюдались в основной группе у 20 (32,2%) человек и в группе сравнения — у 31 (44,9%) больного ($p>0,05$). У 36 (58,1%) больных в I группе и у 47 (68,1%) — во II группе наблюдалось поликавернозное поражение (2 и более каверны) ($p>0,05$).

Перед операцией бактериовыделение определялось у 62 (100,0%) пациентов основной и 68 (98,5%) — контрольной группы ($p>0,05$). Среди этих больных массивное бактериовыделение было у 56 (90,3%) и 63 (92,6%) пациентов соответственно ($p>0,05$). Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) отмечалась у 46 (74,2%) пациентов I группы и у 54 (78,1%) — II группы.

Воспалительные изменения в бронхиальном дереве встречались у всех изучаемых больных. Гнойный эндобронхит наблюдался у значительного числа пациентов — у 45 (72,7%) и у 47 (66,7%) человек ($p>0,05$). Специфическое поражение трахеобронхиального дерева, которое явилось прямым противопоказанием к выполнению резекционных вмешательств, констатировано у 31 (50,0%) и 30 (43,5%) пациентов ($p>0,05$).

Всем исследуемым больным выполнена ОТ (67 операций в основной и 74 — в группе сравнения). Основой лечебного действия этого вмешательства является необратимый селективный концентрический коллапс верхних отделов легкого, достигаемый путем пересечения небольших отрезков верхних IV–V–VI ребер у позвоночника, экстраплевральным пневмолизом и прочной фиксацией ребер в новом положении. Данный вариант торакопластики — малотравматичен, незначительно отражается на дыхательной функции, не требует применения у больных давящей повязки, обеспечивает максимальное сохранение полноценных отделов легкого и выполняется с целью заживления фиброзных каверн в верхней доле и шестом сегменте легкого. Тяжелые операционные осложнения при выполнении ОТ у больных исследуемых групп не встречались. При проведении экстраплеврального пневмолиза у 16 больных первой и 14 — второй группы

возникал травматический пневмоторакс, который ликвидировался у всех пациентов дополнительным дренированием прямо на операционном столе. У 9 (14,5%) больных I и 13 (18,8%) — II группы возникали послеоперационные осложнения. Из-за прогрессирования специфического процесса умерло 3 пациентов в группе сравнения. У остальных больных осложнения носили обратимый характер. Всем больным основной группы в среднем через 22 дня после операции применяли КБ бронхов пораженных сегментов легких с помощью ЭК. Далее все больные получали противотуберкулезное лечение в зависимости от чувствительности МБТ. Длительность окклюзии составила в среднем 239 дней.

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: Выполнение ОТ у больных нестабилизованным распространенным деструктивным туберкулезом легких в группе сравнения позволило добиться прекращения бактериовыделения лишь у 42,0% пациентов, а закрытия полостей распада — у 40,5% наблюдавших лиц, что свидетельствует о том, что при современном деструктивном туберкулезе легких с нестабилизованным течением ОТ как самостоятельное вмешательство малоэффективна. Но селективный коллапс, создавая благоприятные предпосылки для подавления туберкулезного воспаления, позволил в дальнейшем 32 (46,4%) пациентам группы сравнения выполнить дополнительные радикальные операции.

В группе больных, которым ОТ была дополнена установкой ЭК, удалось добиться прекращения бактериовыделения у 87,1% больных. Положительную рентгенологическую динамику, включающую закрытие полости распада, рассасывание перикавитарной инфильтрации, наблюдалось в 82,2% наблюдений. Уменьшение размеров полости деструкции отмечалось у 14,5% пациентов. В связи с сохраняющимися квернами в коллагированных верхних долях оперировано только трое пациентов.

ВЫВОДЫ: Таким образом, при комплексном лечении современных больных распространенным деструктивным туберкулезом легких с прогрессирующим течением, частым развитием МЛУ МБТ и специфического поражения трахеобронхиального дерева непосредственные результаты ОТ не столь высоки, однако концентрический коллапс позволяет достигнуть стабилизации процесса и последующего выполнения резекционного вмешательства у 46,4% пациентов, что позволило получить положительные результаты у 81,2% больных. Применение лечебной гиповентиляции с помощью ЭК привело к закрытию полостей распада у 82,2%, т. е. эффективность коллапсохирургического вмешательства повысилась на 41,7%. Дополнительные резекционные вмешательства выполнены у 3 больных, что позволило повысить эффективность хирургического лечения до 87,1%.

УДК 616.26-001-089

37. ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ДІАФРАГМИ

Кузьмич В. М., Марчук І. К., Букатевич О. В., Барчук І. В., Водоп'ян В. А., Свентозельський І. С.

Рівненська обласна клінічна лікарня

Закриті та відкриті пошкодження діафрагми лишаються однією з актуальних проблем торакальної та абдомінальної хірургії. Причини цьому — транспортний та побутовий травматизм. Ми ділимося 5-річним досвідом надання хірургічної допомоги даній категорії хворих.

Механізми пошкодження діафрагми. На першому місці є автотравма та падіння з висоти, рідше — побутові травми та ножові і вогнепальні поранення.

Закриті пошкодження діафрагми виникають при травмі грудної клітки та живота. Часто пошкодження супроводжуються дислокацією органів із черевної порожнини в плевральну, з порушенням вентиляції легень та вираженим бульовим синдромом.

Клінічна картина пошкодження діафрагми залежить від розміру розриву, стану зміщених органів черевної порожнини в плевральну.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Нами проведений аналіз лікування 40 хворих з травматичними пошкодженнями діафрагми віком від 18 до 60 років. Проводились наступні: клініко-лабораторні, рентгеноскопія, рентгенографія в 2-х проекціях, контрастування шлунково-кишкового тракту, дозваний діагностичний пневмоперitoneум. Якщо дозволяли обставини — комп'ютерна томографія органів грудної клітини (КТ ОГК), магнітно-резонансна томографія (МРТ), лапароскопія та торакоскопія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Серед оперованих хворих було 33 чоловіки та 7 жінок. В основному хворі до 40 років.

- пошкодження, пов’язані з автотравмою, — 27 чол.,
- падіння з висоти — 3 чол.,
- ножові поранення — 10 чол.

Прооперовано — 40 чоловік, з них 33 — ургентно, 7 чоловік поступили в плановому порядку через 3–6 місяців після травми з невчасно діагностованими пошкодженнями діафрагми. В 5 чоловік було защемлення шлунка, сальника, тонкого кишківника; у 2-х чоловік відмічались розриви діафрагми до 2 см без переміщення органів живота в плевральну порожнину.

Вибір оперативного втручання залежить від переважаючих симптомів зі сторони грудної клітки та живота. Частіше це — трансплевральний доступ в 7-му міжребер’ї, який дозволяє виконати необхідні маніпуляції на зміщених в плевральну порожнину органах та виконати пластику діафрагми; при необхідності торакотомію доповнювали лапаротомією. Всі хворі виписані в задовільному стані на 14–21 день після операції, ускладнень не було. У віддаленому періоді результати хірургічного лікування задовільні.

ВИСНОВКИ:

1. При травмах грудної клітки з пошкодженням діафрагми необхідна активна хірургічна тактика.
2. У діагностиці пошкоджень діафрагми найбільш інформативними методами слід рахувати рентгенконтрастне дослідження ШКТ, КТ ОГК, МРТ, дозваний пневмоперitoneум, торакоскопію та лапароскопію. При вчасно поставленому діагнозі та вірно проведенному лікуванні прогноз сприятливий.

УДК 616.24-006.3.04-033.2-089:611-018.5

38. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ МЕТАСТАЗОВ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Лазарев С. М., Решетов А. В., Клименко В. Н., Какышева О. Е.

*Санкт-Петербургская медицинская академия им. И. И. Мечникова,
НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова Росмедтехнологий*

Особенностью мезенхимальных опухолей является их преимущественно гематогенное метастазирование, особенно в легкие. В связи с этим исследования, посвященные различным методам лечения внутрилегочных метастазов у пациентов, ранее перенесших радикальные операции по поводу сарком, остаются актуальными.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За период с 1993 по 2007 г. прооперировано 33 пациента с изолированными внутрилегочными метастазами, ранее перенесших радикальное лечение по поводу мезенхимальных опухолей. Были изучены показатели выживаемости и влияние на них определенных прогностических факторов. Выполнена 41 операция, 5 пациентов оперированы неоднократно в связи с рецидивом метастатического процесса. Как правило, выполняли атипичную резекцию — в 80% случаев (29 па-

циентов). У 10 пациентов наблюдалось билатеральное поражение, 5 из них произведены одномоментные билатеральные операции, а 5 из них — этапные с интервалом от 3 до 5 недель из бокового торакотомного доступа. В качестве оперативного доступа при одномоментных операциях использовали продольную серединную стернотомию. Практически все пациенты получали в послеоперационном периоде лекарственную терапию: 21 — полихимиотерапию с антрациклином, 2 — с ифосфамидом. Не получали медикаментозной терапии 9 пациентов, оперированных по поводу лейомиосаркомы и миогенной саркомы.

Медиана выживаемости (M) составила 24 месяца, средняя продолжительность жизни — 25,32 мес. Показатели динамической выживаемости были следующие: 1-, 3- и 5-летняя выживаемость составили соответственно 79%, 37% и 9%.

При проведении одновариантного и многовариантного анализа ни один из общепринятых прогностических факторов (возраст, количество и размер метастазов, вторичное лимфогенное метастазирование, длительность безрецидивного периода) пациентов не влиял на результаты лечения.

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: На результаты лечения достоверно влияло гистологическое строение первичной опухоли ($p=0,0001$). Наилучшие результаты получены при удалении метастазов миогенной саркомы и ангиосаркомы (M — 39 мес.). При метастазах злокачественной гистиоцитомы, фибро- и хондросаркомы, остеосаркомы показатели выживаемости были значительно ниже (M — 18 месяцев). 2-летнего периода в этой группе не пережил не один из пациентов, средняя продолжительность жизни составила 14,75 мес. В этой группе больных на исход лечения влияли достоверно с обратно пропорциональной зависимостью длительность FDI и количество метастазов. Возможно, это связано с тем, что в данной группе больных появление гематогенных метастазов в легкие свидетельствует о бурном прогрессировании и при удалении множественных метастазов выполнялась более полная циторедукция. Удаление солитарных же метастазов в данной группе больных свидетельствовало лишь о том, что не все гематогенные метастазы на момент оперативного лечения были обнаружены.

В группе пациентов с метастазами миогенной и ангиосаркомы заболевание протекало более доброкачественно. В этой группе 4 пациентам выполняли повторные неоднократные операции. В данной группе пациентов 1-, 3- и 5-летняя выживаемость составила: 90%, 72% и 20%.

ВЫВОДЫ: Полученные нами данные указывают на неоднородность группы пациентов с внутрилегочными метастазами мезенхимальных опухолей. Части больных со внутрилегочными метастазами миогенной саркомы, ангиосаркомы удаление метастазов безусловно показано, в том числе и повторные операции. Напротив, у пациентов с внутрилегочными метастазами злокачественной фиброзной гистиоцитомы, хондросаркомы, остеосаркомы циторедуктивные оперативные вмешательства должны выполняться очень выборочно, т. к. появление даже солитарного метастаза в легких может служить индикатором распространенного гематогенного метастазирования с плохим прогнозом.

УДК 616.25-002.3-089.843: 616.24-002.5

39. БІОЛОГІЧНЕ ПЛОМБУВАННЯ ЗАЛИШКОВИХ ПОРОЖНИН ПРИ ЕМПІЄСМІ ПЛЕВРИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ

Левчик С. О., Гончарук М. І., Жолкевський С. І.

Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Хмельницький

Ускладнення легеневого туберкульозу емпієсами плеври, особливо після резекції легенів, зокрема пульмонектомій, значно обтяжує перебіг захворювання і лікування

хворих. При неможливості проведення розправлення легені загальноприйнятими способами, неможливості проведення оперативних втручань чи відмови від них, альтернативним способом лікування є біологічне пломбування залишкових порожнин.

МЕТОЮ даного повідомлення є ознайомленням широкого кола лікарів з можливостями і результатами власного досвіду біологічного пломбування залишкових порожнин при емпіемі плеври.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: На базі легенево-хірургічного відділення було розроблено і застосовано пломбування залишкових порожнин у хворих на туберкульоз легенів, ускладненого емпіемою плеври біологічною пломбою.

Пломбування проведено 7 хворим. 2 хворим з хіміорезистентним туберкульозом і емпіемою після пульмонектомії при наявності у хвортого торакостоми, якому попередньо була проведена міопластика торакостоми, в іншому випадку зашивання торакальної нориці, в подальшому при рецидиві емпіеми з торакальною норицею, ще тричі повторно проведено біологічне пломбування (миттєвий фіброторакс).

В одному випадку після декортикації легенів при двобічному деструктивному хіміорезистентному туберкульозі легенів виникла залишкова порожнина, заповнена біологічною пломбою; у двох випадках при відмові від оперативного лікування пломбування обмежених залишкових порожнин, ще у двох — при обмежених плевральних порожнинах з бронхіальними норицями проведено біологічне пломбування; в подальшому при розплавленні пломби і значному зменшенні залишкової плевральної порожнини завершено лікування пункціями.

Біологічна пломба формувалась за допомогою декількох препаратів (фібриноген + тромбін + 2 антибіотики згідно з чутливістю мікрофлори (при повній резистентності вводились тільки цефалосоріні) + протитуберкульозний препарат з антиексудативною плевральною дією + антисептик згідно з чутливістю флори (при стійкості діоксидін) + антисептик зі згущуючою плевральній ексудат дією (в нашому випадку декаметоксін, який при певному стані плеврального ексудату визиває різке його загущення) + кальцієм хлорид). Срок підготовки до пломбування хворих, які знаходились у відділенні від 4 до 14 днів. Промивання порожнини проводилося до зняття інтоксикації, гіпертермії (при якій пломба руйнується — близько 38,5–39°C) і іхорозного запаху, з частковою заміною ексудата антисептиком і повним заповненням порожнини. У випадку після пульмонектомії після відмивання плевральної порожнини і заповнення її ексудатом, створення високого розрідження попередньо, для засмоктування крові з грануляцій в залишкову плевральну порожнину і покращення цим формування пломби.

Хворий в день пломбування чи наступного дня виписується. В подальшому при потребі — забирання залишкового реактивного ексудату навколо пломби від 3 до 5 разів пункційно з введенням антибіотиків.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Розроблено покази до пломбування. Виявлено причини руйнування пломб: гіпертермія, застосування фізіопроцедур з тепловою дією, які локально збільшують температуру тіла в зоні пломби, тривала тяжка фізична праця з широкими рухами в плечовому поясі, які викликають локальний набряк і появу реактивного ексудату навколо пломби.

ВИСНОВКИ: Пломбування залишкових порожнин у хворих туберкульозом легенів, ускладненого емпіемою плеври, зокрема після резекції легенів і пульмонектомії, є ефективним методом вибору.

УДК 616.24-002.5-003.8-089

40. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ДВОБІЧНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ З ПЕРМАНЕНТНИМ ПРОГРЕСУВАННЯМ ПРОЦЕСУ

Левчик С. О., Гончарук М. І., Жолкевський С. І.

Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Хмельницький

Значне збільшення хворих з лікарською стійкістю мікобактерій туберкульозу до основних протитуберкульозних препаратів відкидає цю категорію хворих в доантибактеріальну еру. Коли дієвим залишається проведення колапсoterапевтичних та хірургічних втручань. Проте розповсюдженість процесу, двобічне ураження відноситься до факторів стримуючих проведення хірургічного лікування. В деяких публікаціях і нормативних документах двобічний деструктивний процес є непоказаним чи протипоказаним для оперативного лікування. Ще більш стримуючим від оперативного втручання є наявність перманентного прогресування процесу.

Метою даного повідомлення є ознайомлення широкого кола лікарів з можливостями і власним досвідом застосування хірургічного лікування у хворих з хіміорезистентним розповсюдженім двобічним деструктивним туберкульозом легенів і перманентним прогресуванням процесу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: На базі легенево-хірургічного відділення було прооперовано 17 хворих з хіміорезистентним розповсюдженім двобічним деструктивним туберкульозом легенів і перманентним прогресуванням процесу, яким виконано 38 операцій. Усім хворим додатково в процесі лікування застосовувалася газова колапсoterапія.

Хворим були виконані такі оперативні втручання:

1 хворий — резекція в/частки при наявності контрлатерального штучного пневмотораксу, поєднаного зі штучним пневмoperitoneумом, 1-7 реберна в/задня реторакопластика при наявності контрлатерального штучного пневмотораксу, 2-5-ти реберна торакопластика, 1-етапна 7 реберна торакопластика (при наявності цукрового діабету), 2-7 реберна торакопластика при гігантських порожнинах (12x10 см, 8x6 см), 2 — стабілізаційні 5 реберні торакопластики, після яких проведено лобектомію і комбіновану лобектомію, 4 — послідовні двобічні резекції, після яких проведено повторно 3 торакопластики і 2 реторакопластики до 7 і 8 реберних, 1 дренування каверни. 1 — комбінована лобектомія, після якої у зв'язку з раннім післяопераційним спалахом туберкульозного процесу — 6 реберна торакопластика, 2 — пульмонектомія, 1 — резекція легенів з декортикацією, в подальшому — 5 етапна торакопластика за Богушем.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Тяжкі інтраопераційні ускладнення виникли у 9 (52,9%) хворих. Інтраопераційна зміна об'єму операції — у 6 (35,2%). Післяопераційні легенево-плевральні ускладнення виникли у 11 (64,7%), в тому числі спалах процесу — у 9 (52,9%). Повторні великі операції проведенні у 11 (64,7%). Знебацилення досягнуто у 15 (88,2%), закриття порожнин деструкції — у 12 (70,5%), стабілізація процесу — у 1 (5,8%), 1 хворий помер — при відмові від подальших етапних операцій. Клінічне вилікування — у 11 (64,7%) хворих.

ВИСНОВКИ:

1. Хірургічне лікування є єдиною можливістю зберегти життя хворих із хіміорезистентним розповсюдженім двобічним деструктивним туберкульозом легенів і перманентним прогресуванням процесу, досягти відносної стабілізації процесу, знебацилення і вилікування.

2. Обов'язковим при лікуванні цих хворих є застосування газової колапсoterапії (штучний пневмоторакс, штучний пневмoperitoneum) у доопераційному періоді, між

етапними операціями, після операційному періоді в залежності від поставленої мети — окремо, поєднано чи етапно.

3. Ситуативно може виникати потреба в зміні можливих хірургічних втручань, етапних операціях, поєднанні операцій резекційного типу і колапсохірургічних.

4. Досить часто можуть виникати ускладнення оперативних втручань, ранні спалахи туберкульозу легенів, які потребують повторних оперативних втручань.

УДК 616.146.4-005.6-089

41. РЕЗУЛЬТАТИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНИК УДАЛЕНИЯ РЕТРОПЕЧЕНОЧНЫХ И СУПРАДИАФРАГМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НПВ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Лесовой В. Н., Антонян И. М., Илюхин Ю. А., Щукин Д. В.

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии
им. В. И. Шаповалы
Белгородская областная клиническая больница

ВВЕДЕНИЕ: Прерывание кавального кровотока на уровне выше устьев главных печеночных вен во время экстракции «высоких» опухолевых тромбов зачастую приводит к опасному осложнению — острой гипотонии. Мы исследовали различия частоты гипотонии у пациентов с право- и левосторонними опухолями почек, а также зависимость гипотонии от вида хирургической техники тромбэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведена ретроспективная оценка частоты острой гипотонии у 34 пациентов, страдающих почечно-клеточным раком с внутривенозным распространением до ретропеченочного и супрадиафрагмального отдела НПВ. В 20 случаях применялась piggy-back или классическая методика — мобилизация печени. В 10 наблюдениях использовалась циркулярная или продольная диафрагмотомия для доступа к супрадиафрагмальной части НПВ или к правому предсердию и наружное пальцевое смещение тромба ниже диафрагмы или устьев главных печеночных вен. У 8 пациентов выполнялся маневр Pringle.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Среди всех 34 пациентов острая гипотония при наложении зажима выше интравенозных опухолевых масс отмечалась в 18 (52,9%) случаях. Это осложнение преимущественно наблюдалось у больных с левосторонними опухолями — 15 из 18 (83,3%) наблюдений. Острая гипотония при удалении тромбов, исходящих из опухолей правой почки, имела место лишь в 30% наблюдений. Применение методики наружного пальцевого смещения верхушки тромба ниже уровня главных печеночных вен позволяло сохранить приток печеночной крови к сердцу во время тромбэктомии и значительно снизить риск и выраженность гипотонии. Среди всей группы из 10 пациентов, у которых удалось осуществить этот прием, острая гипотония зафиксирована лишь в 20% случаев (по сравнению с 66,7% при наложении зажима выше печеночных вен). Данные различия были статистически значимыми ($<0,0176$). На вероятность гипотонии также влияла степень выраженности коллатерального венозного оттока от нижней половины тела через систему непарной и полунепарной вен, а также наличие сердечной недостаточности.

ВЫВОДЫ: Методика тромбэктомии, включающая мобилизацию печени, доступ к интраперикардиальной части НПВ и к правому предсердию через диафрагму, а также пальцевое смещение верхушки тромба ниже уровня устьев главных печеночных вен, позво-

ляет значительно повысить безопасность удаления «высоких» опухолевых тромбов НПВ и правого предсердия без использования технологий искусственного кровообращения.

УДК 616.61-006.6-089

42. НАШ ОПЫТ 2 077 ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Лесовой В. Н., Антонян И. М., Щукин Д. В., Илюхин Ю. А.

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии

им. В. И. Шаповалы

Белгородская областная клиническая больница

ВВЕДЕНИЕ: Почечно-клеточный рак (ПКР) — одно из распространенных опухолевых заболеваний, раннее выявление которого было проблематичным до внедрения ультразвуковой диагностики. В настоящее время количество запущенных случаев ПКР по сравнению с 70-80 гг. прошлого столетия снизилось в 5–7 раз. Значительные изменения произошли не только в диагностике, но и в лечебных подходах: все больше пациентов подвергается органосохраняющей хирургии (ОСХ). Стали доступны хирургическому лечению и случаи венозного распространения ПКР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Нами проанализирован 20-летний опыт открытого хирургического лечения ПКР у 2 077 пациентов. Из использованных 7 видов хирургических доступов — три являются трансторакальными. Пациентам проводились радикальная нефрэктомия (РНЭ) (1 457 — 70,1%), нефрэктомией с тромбэктомией (НЭ+ТЭ) (187 — 9%), резекцией и энуклеорезекцией почки (433 — 20,8%) (Табл.1).

Доступ	РНЭ	НЭ+ТЭ	ОСХ	Всего
Люмботомический	530	13	44	587
Тораколюмбальный	306	22	166	494
Торакофренолюмбальный	220	38	190	448
Торакоабдоминальный	115	32	14	161
Срединная лапаротомия	256	34	19	309
«Шеврон»	30	42	0	72
Трехлучевой	0	6	0	6
Итого	1 457	187	433	2 077

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Исторически классическим пособием при ПКР является нефрэктомия (1 644 пациентов — 79,2%), которая в урологических стационарах ранее чаще всего выполнялась из люмботомического доступа, в онкологических — срединной лапаротомией. Трансторакальные доступы использовались в случаях удаления больших опухолей и проведении ОСХ ПКР. При анализе оперативного лечения опухолевых тромбов у 187 пациентов (9%) нами отмечена эволюция в выборе хирургических доступов, которая происходила по следующему пути: люмботомия → торакофренолюмбальные доступы → срединная лапаротомия → комбинированные доступы («шеврон» + «мерседес»). Последние наиболее предпочтительны при всех уровнях венозного распространения ПКР и удалении больших малоподвижных опухолей в стадиях Т3-Т4. Трансперитонеальные доступы соответствует онкологическим требованиям, предоставляя максимальные возможности для стадирования опухолевого процесса.

ВЫВОДЫ: При открытой органосохраняющей хирургии ПКР все чаще выполняется торако (фreno-, люмбо-, лапаро-) томия в IX–XI межреберьях (370 пациентов — 85,4%). К преимуществам подобных доступов относится широкая визуализация операционного

поля, в т. ч. сосудистой ножки, что обеспечивает резекцию в адекватных условиях, при необходимости — проведение лимфаденэктомии. Опухолевый тромбоз венозного русла, а также диагностика больших малоподвижных опухолей являются показанием к выполнению лапаротомии доступом «шеврон», а при высоком распространении опухолевых масс дополнительно выполняется стернотомия (трехлучевой разрез «мерседес»).

УДК 616.12-007-089.844

43. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТЕХНИКА ЭНДОПЕРИКАРДИОСКОПИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛИРУЮЩИХ ЭЛЕКТРОДОВ В ЧЕТЫРЕ КАМЕРЫ СЕРДЦА

Лукашев С. Н., Колесов Е. В., Штучков Е. В.

Днепропетровский Национальный университет

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Усовершенствование искусственного ритмовождения, направленное на достижение гемодинамических эффектов биопротезирования функций проводящей системы сердца, максимально приближенных к физиологическим. В этой связи большое значение приобретают артифициальная коррекция межпредсердных блокад и имплантация желудочковых электродов в парагисальные зоны сердца. Существующая в настоящее время эндокардиальная техника имплантации электростимулирующих электродов, как наиболее распространенная, не решает поставленной задачи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Разработана и экспериментально апробирована на трупном материале и 30 беспородных собаках эндоскопическая техника вживления эпикардиальных электродов в любую из четырех камер сердца фрагментарно и одномоментно из нижней субконфидиальной микромедиастинотомии на основе применения двухтубусной эндогибридной эндоскопической системы и левожелудочкового электрода, вживляемого тангенциально к поверхности эпикарда. На эти средства хирургической техники получены патенты на изобретение. Нами также предложена простая и надежная имплантация эпикардиального электрода в левое предсердие с условием его максимального приближения к зоне локализации магистральных путей межпредсердного проведения импульса из природных ритмоводителей сердца.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Свидетельствуют в пользу высокой надежности и относительной простоты разработанной хирургической техники. В клинических условиях операция может быть выполнена под «высокой» эпидуральной анестезией.

ВЫВОДЫ: Предложенная нами эндоперикардиоскопическая методика электростимуляции сердца может быть достойной альтернативой столь популярным сегодня эндоскопическим методам с учетом таких преимуществ, как простота и быстрота достижения поставленной цели в условиях любого хирургического отделения при отсутствии рентгенотелевизионной техники; надежность и стабильность эпикардиального ритмовождения; максимальная физиологичность биопротезирования проводящей системы сердца за счет точек приложения электростимуляции в магистральном тракте проводящей системы сердца.

УДК 616.24-006.6-089.87+617-059

44. ПНЕВМОНЭКТОМИЯ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Ляс Н. В.¹, Хурнин В. Н.¹, Пушкин С. Ю.², Бенян А. С.², Решетов А. П.²

¹ ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

² ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина»

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Провести анализ результатов пневмонэктомии и комбинированных операций при немелкоклеточном раке легкого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За период с 2000 по 2009 г. в отделении торакальной онкологии оперировано 686 пациентов с немелкоклеточным раком легкого. Из них женщин было 77 (11,2%), мужчин — 609 (88,8%). Плоскоклеточный рак был выявлен у 492 (72%) пациентов, аденокарцинома — у 145 (21%). Объем операции у 542 (79%) пациентов заключался в пневмонэктомии с лимфодиссекцией. Правосторонняя пневмонэктомия выполнена у 337 больных, левосторонняя — у 349. Комбинированные операции проведены 144 (21%) пациентам, из них пневмонэктомия с резекцией перикарда — 75 больным, с клиновидной резекцией бифуркации трахеи — 40, с циркулярной резекцией трахеи — 12, с резекцией верхней полой вены — 13 (в том числе протезирование ВПВ — 1), с резекцией мышечной оболочки пищевода — 7, с резекцией блуждающих нервов — 7, с резекцией ребра — 5, с резекцией левого предсердия — 3, с резекцией диафрагмы — 2, с плеврэктомией — 2, с краевой резекцией стенки аорты — 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Осложнения зарегистрированы у 65 (9,5%) пациентов. У 29 (4,2%) развилась несостоятельность культи главного бронха с развитием эмпиемы плевры. Формирование свища культи правого главного бронха встречалось в 3 раза чаще, чем левого. Частота несостоятельности культи после резекции бифуркации была несколько выше и составила 9,6%. Сердечно-легочная недостаточность была у 9 (1,3%) пациентов, внутриплевральное кровотечение — у 8 (1,2%), гемоторакс — у 3 (0,4%), тромбоэмболия легочной артерии — у 6 (0,9%), инсульт — у 3 (0,4%), вывих сердца после расширенной перикардэктомии — у 1 (0,1%), хилоторакс — у 1 (0,1%), спонтанный разрыв пищевода — у 1 (0,1%). Умерло 29 (4,2%) больных.

ВЫВОДЫ: Возможность выполнения пневмонэктомий и комбинированных операций является основным фактором в лечении больных с немелкоклеточным раком легкого. Наиболее часто встречающимся послеоперационным осложнением является несостоятельность культи главного бронха. Вариабельность других осложнений зависит от распространенности опухолевого процесса, степени вовлечения других органов и объема выполненной операции.

УДК 616.74-009.17-089.87: 611.438

45. ВИДЕОТИМЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ

Максим И., Гладун Н.

Республиканская клиническая больница, г. Кишинев, Молдова

ИСТОРИЯ ВОПРОСА: Миастения гравис является аутоиммунным заболеванием. Тимэктомия является вариантом терапевтической выгоды, доказанной во многих клинических исследованиях. Улучшение симптомов появляется постепенно — в течение 10-летнего периода после операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Послеоперационные результаты 94 пациентов в период между 2003 и 2009 годом были проанализированы в нашем центре в соответствии со ста-

ндартами клинических исследований, предлагаемыми фондом миастении Америки. Ко всем пациентам был применен минимально-инвазивный торакоскопический подход. Результаты лечения сравнили с представленными результатами других исследований с использованием различных хирургических методов.

РЕЗУЛЬТАТИ: Слева торакоскопический подход был использован у 85 пациентов, правосторонний подход — у 9 больных. Постоперативная смертность была равна нулю. Полная ремиссия была получена у 33,5% больных на 3-х летний последующий период деятельности и в 48,3% — на 5 лет. Положительные прогностические факторы были в возрасте до 40 лет и короткий период от начала заболевания (менее 12 месяцев).

ВЫВОДЫ: Торакоскопическая тимэктомия в миастении может быть выполнена в случае сопоставления безопасности и эффективности с открытymi процедурами. Минимально-инвазивный метод позволяет расширить показания к тимэктомии в миастении. Оптимальные послеоперационные результаты могут быть достигнуты путем скрупулезного отбора пациентов.

УДК 616.12-008.46-089.28

46. ДОСВІД ІМПЛАНТАЦІЇ ШТУЧНИХ ВОДІВ СЕРЦЕВОГО РИТМУ В УМОВАХ КЗ ТОР «ТУЛ»

Мальований В. В., Григоренко А. М., Сас П. А., Гуменний І. З.

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевского,
кафедра хірургії № 1 з анестезіологією, урологією
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Аналіз проведених оперативних втручань у хворих з порушенням провідності серця.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: У відділенні торакальної хірургії КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» за період 1990–2008 рр. прооперовано 545 хворих віком від 18 до 92 років. З них чоловіків — 350 (64,2%), жінок — 185 (35,8%). Оперативні втручання виконували хворим з приводу повної AV блокади 482 хворим (88,4%), с-м Фредеріка 21 (3,8%) та із синдромом слабості синусового вузла 42 (7,7%) хворим. С-м Морганьї Адамса Стокса супроводжував перебіг патологічного процесу у 412 (75,6%) хворих (с-м Фредеріка — 21 (100%), синдромом слабості синусового вузла 42 (100%), повна AV блокада 349 (72,4%).

Операції проводили за стандартною методикою ендокардіальної трансвенозної електрокардіостимулляції під місцевою анестезією. Введення ендокардіального електрода (ЕЕ) здійснювали через v. cephalica sin., v. subclavia або v. jugularis ext. в залежності від анатомічних особливостей. Ложе ШВСР формували субфасціально зліва в підключичній ділянці. Проведені імплантациї штучних водів серцевого ритму (ШВСР): ЕКС 111-10, ЕКС 222 (РЕКС — 2203) — 143, ЕКС 500, 500M, 511-261, ЕКС Phoenix, Trilogic, Biotronic, Vitatron, Veritx, Selox 101 хворим.

Через 10 років після первинної імплантациї проведено 30 операцій по заміні ШВСР (ЕКС 300, 500, 511).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Аналіз проведених оперативних втручань показав, що у 4 (0,73%) пацієнтів на 2 добу та у одного (0,18%) хворого на 14 добу виникла диспозиція ендокардіального електрода, що вимагало повторних оперативних втручань по його реімплантациї. У 11 хворих (2,01%) через 10–18 місяців спостерігали асептичне запалення в області ложе ШВСР. Це супроводжувалось формуванням нориці, що вимагало заміни ШВСР. Летальних випадків і не спостерігали.

ВІСНОВКИ:

1. Імплантація ШВСР системи «on demand» дозволяє попередити конкуруючий ритм в післяопераційному періоді.
2. Летальність, незважаючи на супутній с-м Морганьї Адамса Стокса, у післяопераційних хворих не спостерігалась.

УДК 616.24-006.6-089

47. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Мамедбеков Э. Н., Алиев К. Э., Мамедов И. Н.

Научно-исследовательский институт легочных заболеваний Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ являлась оценка эффективности хирургических методов лечения больных с резистентным туберкулезом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В период от 2008 по 2010 г. в хирургическом отделении Научно-исследовательского института легочных заболеваний проведено 60 оперативных вмешательств по поводу деструктивных форм туберкулеза легких у больных с резистентным туберкулезом.

Из них 46 больных (76,7%) с фиброзно-кавернозным, 11 больных (18,3%) с кавернозным и 3 больных (5%) с инфильтративным туберкулезом легких.

При изучении резистентности на МБТ выявлено устойчивость на HR у 44 больных, (73,3%) к H, R, Z, E, S, Ca у 16 больных (26,7%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Всем больным проведены расширенные оперативные вмешательства: пульмонэктомия с лимфонодулектомией и миопластикой культи бронха — 39 больных (65%), лобэктомии с лимфонодулектомией — 21 больной (35%).

В послеоперационном периоде только у 4 (6,7%) больных наблюдались серьезные осложнения в виде несостоятельности культи главного бронха (микросвищи), которые были ликвидированы последующими операциями.

Больные проходили дальнейший курс химиотерапии в амбулаторных условиях до 1 года. У всех больных было достигнуто клиническое излечение.

ВЫВОДЫ: Таким образом, хирургический метод лечения в условиях, когда терапевтические методы исчерпали лимит, остается единственным способом излечения больных с резистентным туберкулезом.

УДК 616.329-007.251-089.844

48. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ПИЩЕВОДА

Мартынюк В. А., Шипулин П. П., Байдан В. И., Байдан В. В., Поляк С. Д., Козяр О. Н., Кирилюк А. А.

*Одесская областная клиническая больница
Отделение торакальной хирургии*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Показать возможности хирургического лечения разрывов пищевода различной локализации (РП), обобщить собственный опыт лечения данной патологии, систематизировать хирургические подходы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За период с 1982 по 2010 г. в отделении торакальной хирургии лечилось 47 больных с РП. Мужчин было 38, женщин — 9. Возраст больных колебался от 13 до 76 лет. Обследование больных включало в себя рентгенографию органов грудной клетки с контрастированием пищевода. При наличии повреждения в шейном и верхнегрудном отделах выполнялась чрезшейная медиастинотомия со стороны выявленного повреждения, ушивание раны пищевода узловым двухрядным швом. Затем проводилась санация средостения с наложением проточно-аспирационного дренирования. С целью раннего энтерального питания (ЭП) накладывалась гастростома по Штамм-Кадеру либо устанавливался постоянный назогастральный зонд. При повреждении среднегрудного отдела пищевода выполнялась торакотомия справа в V межреберье, широкая медиастинотомия, дренирование средостения. Ушивание дефекта пищевода выполнялось независимо от срока перфорации, пищевод лигировали выше и ниже места перфорации синтетическими рассасывающимися нитями. Дренажи устанавливали для проточно-аспирационного дренирования средостения. Выполнялась гастростомия по Штамм-Кадеру. При перфорации в нижней трети пищевода выполнялась торакотомия слева в VII–VIII межреберьях, широкая медиастинотомия, ушивание пищевода, дренирование средостения, лигирование пищевода непосредственно над диафрагмой с целью исключения рефлюкса желудочного содержимого в пищевод, линия швов в обязательном порядке укреплялась дном желудка с фиксацией последнего в окне диафрагмы. Затем выполнялась гастростомия по Штамм-Кадеру. Если перфорация возникала в абдоминальном отделе пищевода, выполнялась описанная выше операция, только через лапаротомный доступ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В результате выполненных операций наиболее благоприятный эффект был достигнут при лечении разрывов шейного и верхнегрудного отделов пищевода (в 90% случаев) с отличными функциональными результатами. Летальность при перфорации нижней трети пищевода составила 42,1%. Общая летальность при РП — 27,7%. Причинами летальности были эрозивное кровотечение, гнойно-септические осложнения, сепсис, цирроз печени.

ВЫВОДЫ: Выбор доступа и вида операции зависит от уровня разрыва пищевода. Хирургические методы направлены, прежде всего, на дренирование зоны повреждения пищевода и предотвращение поступления слюны и желудочного содержимого из пищевода в средостение, а также восстановление раннего ЭП.

УДК 617.54/55-001.4-089

49. ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ

Марчук І. К., Кузьмич В. М., Барчук І. В., Свентозельський І. В.,
Букатевич О. В., Карпюк С. Й., Водоп'ян В. А.

Рівненська обласна клінічна лікарня

У зв'язку з напруженням криміногенної ситуації в країні кількість поранень, у тому числі торакоабдомінальних, збільшилось. За 7 років у відділення торакальної хірургії поступило 74 хворих з торакоабдомінальними пораненнями (ТАП). Різаних ран було 59 (79,7%), колотих — 12 (16,2%), вогнепальних — 3 (4,1%); ТАП лівобічної локалізації було в 50 випадках (67,6%), правобічної — у 24 (32,4%).

Зліва спостерігались такі варіанти поранень: легеня і шлунок — у 8 (10,8%), легеня і сальник — у 4 (5,4%), легеня і тонкий кишечник — в 6 (8,1%), легеня і товстий кишечник — в 4 (5,4%), легеня і селезінка — в 7 (9,3%), легеня і ліва доля печінки — в 3 (4,1%), синус і ізольоване поранення діафрагми — в 10 (13,5%): синус, діафрагма і інші органи — в 7 (9,3%), легеня, серце і ліва доля печінки — в 1 (1,4%) випадку.

Справа мали місце такі поранення: легеня і печінка — в 16 (21,6%) випадках, діафрагмальний синус і печінка — в 5 (0,7%), легеня і діафрагма — в 3 (4,1%) випадках.

Діагноз ставився на основі локалізації рані з урахуванням напрямку раневого каналу, характеру знаряддя, яке викликало поранення, а також поєднання симптомів пошкодження грудної клітки та черевної порожнини. Рана на боковій поверхні грудної клітки на рівні VI–XII ребер спостерігалась в 67 (90,5%) випадках, пневмоторакс — в 30 (40,5%), повітряна емфізема м'яких тканин — в 24 (32,4%), гемоторакс — в 65 (87,8%), шок — в 13 (17,6%) випадках. Хірургічна тактика при ТАП включає в себе додаткову діагностику, передопераційну підготовку та вибір методу оперативного лікування. При компенсованому стані хворого (46 випадків) виконується рентгенологічне обстеження хворого, де відмічалось високе стояння куполу діафрагми (73,9%), наявність газу під куполом діафрагми (26,1%), обмеженість діафрагми в руках (10,9%).

Якщо операція починається з лапаротомії і пневмоторакс рентгенологічно не виявляється, перед інтубацією трахеї плевральну порожнину можна не дренувати, при явищах пневмотораксу — дренування обов'язкове (40,5%).

Хірургічна тактика може включати деякі варіанти, які залежать від місця та характеру торако-абдомінального поранення.

Якщо немає впевненості в пошкодженні органів грудної клітки, торакотомія не показана, а показана торакоскопія.

Оперувати слід починати з тієї порожнини, де була більше виражена клінічна картина симптомів, які в найближчий час мали викликати смерть. При помірній вираженості симптоматики з обох порожнин слід надавати перевагу торакотомії.

При невираженості клінічних проявів з боку плевральної порожнини, якщо при торакоскопії не було виявлено пошкоджень плевральної порожнини, операцію починати з лапаротомії, рану діафрагми зашивати з боку черевної порожнини після дренування плевральної порожнини через гільзу торакоскопа. При торакотомії для ревізії органів черевної порожнини можна виконувати френікотомію. Вона більше показана при правобічному ТАП, що спрощує заживання рані печінки (38 випадків — 51,4%). При лівобічному ТАП френікотомія повинна бути широкою, ревізію черевної порожнини починати з органу, який можливо пошкоджений (8 випадків). Якщо при ТАП, особливо зліва, має місце підозра на пошкодження різних органів черевної порожнини, ми відмовлялись від френікотомії, а зробили після торакотомії лапаротомію (21 випадок).

Летальність при ТАП складає 1,4%

УДК 616.24-006.66-07-08

50. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАКА

Мирзоян О. С., Григорьева С. П.

РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ: Бронхиолоальвеолярный рак (БАР) — одна из разновидностей высокодифференцированной аденокарциномы легких. Он характеризуется относительно медленным ростом в периферических отделах легкого. Для БАР характерно медленное вовлечение регионарных лимфоузлов и гематогенное метастазирование.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить особенности диагностики и хирургического лечения БАР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В отделении хирургии легких и средостении оперированы 32 пациента БАР в возрасте от 35 до 80 лет, что составляет 0,8%. В структуре аденокарциномы БАР составил 4,4%. Мужчины и женщины болели одинаково.

ково. Заболевание в IA стадии диагностировали у 4 больных, в IB стадии — у 15, в IIА стадии — у 2, в IIБ стадии — у 3, в IIIА стадии — у 4, в IIIБ стадии — у 2 и в IV стадии — у 2.

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ диагностики рака легкого вообще и БАР в частности являются рентгенологические методы. Рентгенологическая картина БАР разнообразна. Принято выделять три основные формы: узловую, инфильтративную (пневмониеподобную) и диссеминированную. У 27 (84,3%) больных диагноз до операции не был верифицирован. У остальных 5 пациентов раковые клетки обнаружили при цитологическом исследовании мокроты или бронхиальных смызов, полученных при бронхоскопии.

Все больные оперированы. Лоб-, билобэктомия произведена у 23 больных, сублобарные резекции легких — у 4, пневмонэктомии — у 4. Еще у одного больного выполнили атипичную резекцию всех долей правого легкого, поскольку опухоль располагалась во втором сегменте и прорастала как шестой сегмент, так и среднюю долю. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 больных (9,4%).

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: Все больные были выписаны из клиники. Отдаленные результаты изучены у 25 (78,1%) больных. В сроки до 3-х лет живут 10 больных, от 3-х до 5 лет живут 2 больных без признаков рецидива, от 5 до 10 лет живут 5 пациентов и более 10 лет живут 2 больных.

ВЫВОДЫ!: Принципиально лечение БАР радикально не отличается от лечения других форм НМКРЛ, и основными прогностическими факторами являются распространенность по TNM, локализация опухоли и радикальность операции. Хирургическое лечение при БАР не имеет альтернативы. Только вовремя произведенная операция в ранних стадиях заболевания даёт хорошие отдаленные результаты.

УДК 616.329-001.5-089

51. РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАЦІЙ СТРАВОХОДУ

Мітюк І. І., Кривецький В. Ф., Полянчук М. А., Розводовська С. В.

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

ВСТУП: Перфорації стравоходу належать до важких, потенційно смертельних уражень. До їх основних причин належать: потрапляння до стравоходу чужорідних тіл, пошкодження під час проведення діагностичних та лікувальних заходів, травм, а також спонтанний розрив органу, рідше — прорив внаслідок захворювань.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: В торакальному відділенні ВОКЛ ім. М. І. Пирогова за останніх 10 років лікувалось 33 хворих з розривами стравоходу, в тому числі спричиненими сторонніми тілами — 17, опіками — 2, ятрогенними чинниками — 4, зовнішнім пораненням — 1, а також спонтанних — 9. За локалізацією місця перфорації мав місце такий розподіл: шийний відділ стравоходу — 15 випадків, верхньо-грудний — 1, середньо-грудний — 8, нижньо-грудний — 9. У всіх випадках пошкодження супроводжувалися гнійними ускладненнями у вигляді флегмони шиї (7), гнійного медіастиніту (3), поєдання флегмони шиї з медіастинітом (9), медіастиніту і емпієми плеври (11), флегмони шиї, медіастиніту і емпієми плеври (2), медіастиніту і перитоніту (1). Для діагностики застосовували рентгенологічні (в т.ч. контрастні) та лабораторні методи. Всі пацієнти були прооперовані в ургентному порядку. Для виконання основного етапу застосовували цервікотомні, торакотомні та комбінації доступів, в 1 випадку — лапаротомія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Основними етапами хірургічного втручання при пошкодженнях стравоходу були: дренування залучених просторів, герметизація дефекту, виключення стравоходу з пасажу їжі.

Адекватна медіастинотомія з некректомією та роздільним полідренуванням середостіння і всіх зацікавлених анатомічних зон (шия, плевральна чи черевна порожнина) в значній мірі забезпечує виживання пацієнта. Виникнення та поширення інфекційного процесу мало свої особливості залежно від висоти перфорації. Так, при розриві шийного відділу стравоходу спостерігалась поява глибокої флегмони шиї з переважним ураженням ретровісцерального простору. У випадках її прогресування (внаслідок часового фактору) поширення відбувалось на шиї — контролатерально та донизу — в заднє середостіння, переважно вправо. Перфорація середньо-грудного відділу виявляла чітку тенденцію до ураження гнійним процесом переважно правих відділів заднього середостіння та правої плевральної порожнини. Причинами уражень ретрокардіального та наддіафрагмального сегментів у наших спостереженнях ставали спонтанні розриви. При цьому в усіх, крім одного, пацієнтів відмічався некроз медіастинальної плеври з виникненням пневмоплевриту.

Зашивання перфоративного отвору проведено у 16 випадках. Ще тричі воно не було показано (точкові дефекти, що швидко закрились). Протягом останніх років у клініці простежується чітка тенденція до герметизації розриву незалежно від давності процесу (аж до 14 діб в одному випадку з позитивним наслідком).

Харчування хворих і декомпресія шлунка при перфоративних медіастинітах в клініці проводиться в назогастральний зонд (переважно при високих розривах) чи подвійну гастростому.

Летальність при пошкодженнях стравоходу склала 18,2%, загалом померло 6 хворих. З 16 пацієнтів, у яких вдавалось виконувати зашивання перфоративного отвору, померло двоє (12,5%). Найважчий перебіг та найгірші наслідки відмічались при перфораціях внаслідок опіку стравоходу, помер 1 з двох пролікованих пацієнтів.

ВИСНОВКИ:

1. Успішне лікування перфорацій стравоходу можливе лише за умови дотримання активної хірургічної тактики.
2. Герметизацію дефекту стравохідної стінки доцільно розглядати як необхідний етап незалежно від строків перфорації.

УДК 616.329-089.844

52. РЕЗУЛЬТАТИ ТОТАЛЬНОЇ ТОВСТОКИШКОВОЇ ЕЗОФАГОПЛАСТИКИ

Мітюк І.І., Шапринський В.О., Кривецький В.Ф., Полянчук М.А.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова*

ВСТУП: Заміщення стравоходу товстою кишкою розглядається як важливий метод відновлення прохідності органу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: З 1980 року в хірургічній клініці на базі торакального відділення товстокишкова езофагопластика виконана 63 хворим. Показами до втручань у 37 випадках були післяопікові рубцеві стенози, а в 26 — рак стравоходу. Хворим з раком стравоходу перед заміщенням виконували екстирпацію стравоходу з трьох доступів, пацієнтам з рубцевими звуженнями (окрім 2 спостережень) — гастро-стомію.

За вказаній період апробовані різні варіанти пластики: правою та лівою половиною кишки, з її анте- (28 випадків) та ретростернальним (35) розташуванням. Протягом

останніх 5 років надається перевага заміщенню ураженого стравоходу лівою половиною товстої кишки з її ізоперистальтичним ретростернальним проведенням.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Надання переваги пластиці стравоходу товстою кишкою в клініці обґруntовується відомими особливостями її будови (прямий хід, магістральний тип кровопостачання), а також кращими результатами в порівнянні з іншими видами реконструктивних втручань. Ізоперистальтичне проведення лівої половини товстої кишки дозволяє в повній мірі використати переваги ангіоархітектоніки і кращу відповідність розмірів даної ділянки кишкі при адаптації анастомозованих відрізків.

Більшості хворих відновлення стравоходу виконувалось в два етапи, враховуючи загальний стан пацієнтів, що відзначався на ранніх етапах підготовки явищами суб- і декомпенсації основних метаболічних процесів, а в деяких випадках — кахексії. У середньому проміжний період між операціями складав 2-3 місяці. Одномоментні втручання проведено у 8 хворих з раком та в 2 — зі швидко прогресуючим післяопіковим стенозом. Слід відмітити важке перенесення хворими одномоментного виконання екстирапації стравоходу з трьох доступів та відновного етапу.

Найчастішим раннім післяопераційним ускладненням у даної групи пацієнтів була часткова неспроможність стравохідно-кишкового чи глотково-кишкового анастомозу, а пізнім — виникнення його рубцевих структур. Неспроможність майже у всіх випадках вдалось усунути без негативного впливу на загальний наслідок лікування. Проте у одного пацієнта з антиперистальтичним розташуванням трансплантата наявна нориця мала істотний вплив на погіршення стану, хворий загинув на фоні прогресування дисметаболічних порушень аж до кахексії. Рубцеві звуження анастомозу лікували консервативно бужуванням.

Серед інших ускладнень слід назвати обмежену неспроможність міжкишкового анастомозу (у трьох оперованих), яку у всіх випадках вдалось ліквідувати консервативно. Крайовий некроз трансплантата спостерігався двічі, в одному випадку він завершився фатальним медіастинітом. В одному випадку в пізньому періоді виник сліпий мішок власного стравоходу, хвора повторно операція в іншому закладі. На даний час це ускладнення профілактується відмовою від накладання шийного анастомозу «бік-бік» при збереженні власного стравоходу на протяжності.

Загалом померло 7 оперованих пацієнтів (післяопераційна летальність — 11,1%). Найчастішою причиною смерті стала прогресуюча серцева недостатність на фоні поліорганних порушень, в одному випадку — в поєднанні з післяопераційною пневмонією.

ВИСНОВКИ: Оптимальним способом заміщення стравоходу товстою кишкою може бути пластика лівою половиною товстої кишки з ізоперистальтичним ретростернальним проведенням трансплантата. Двомоментне виконання втручань забезпечує кращу післяопераційну адаптацію. Післяопераційні ускладнення в більшості випадків прогнозовані, профілактовані, а при виникненні — кориговані.

УДК 616-006.44.03

53. ТРИ ВИПАДКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КАСТЛЕМАНА

Муравйов Т. В., Бартош Г. К., Дрозд А. В., Артюх В. В., Клюєв В. А.,
Патола А. О., Муравйов Ф. Т.

Житомирська обласна клінічна лікарня

Хвороба Кастлемана (ХК) — незлоякісне лімфопроліферативне захворювання, що зустрічається досить рідко. Характеризується значним та нерівномірним збільшенням лімфатичних вузлів межистіння, кореня легень, шиї, надключичних ділянок та лімфатичних вузлів брижі тонкого кишківника.

Це так звана доброкісна локалізована гіперплазія лімфатичної тканини, що була вперше описана Кастлеманом в 1954 році.

Досить рідко зустрічається багатовогнищева хвороба Кастлемана (БХК), обумовлена герпесвірусом людини типу 8. Це злюкісне проліферативне захворювання, описане в 1996 році у ВІЛ-інфікованих, хоча БХК не відноситься до лімфом та критеріїв СНІДу.

Патогенез захворювання вивчений недостатньо. Має місце чіткий зв'язок з герпесвірусом людини типу 8. Досить часто відмічається прогресування у високозлюкісну лімфому. Розрізняють три варіанти ХК.

1. Гіаліново-васкулярний тип. Захворювання є доброкісним. Збільшення лімфатичних вузлів незначне. В середині збільшених лімфатичних вузлів в значній мірі має місце розширення судин. Перебіг безсимптомний. Зустрічається у 80% випадків. Більш характерний для жінок.

2. Плазмоклітинний тип. Для нього є притаманним: лихоманка, втома, пітливість, втрата ваги, малокрів'я (гемолітична анемія, гіпергамаглобулінемія). Зустрічається у 10% випадків. Переважно у чоловіків.

3. Багатовогнищевий тип. Має системне протікання хвороби. Найбільш несприятливий варіант перебігу. Зустрічається в 10% випадків. Особливістю є збільшення лімфатичних вузлів у різних ділянках тіла, гепатомегалія, спленомегалія, респіраторний синдром, набряки, гіпоальбумінемія.

Хвороба Кастлемана в зарубіжній літературі має ряд синонімів: гіантська гіперплазія лімфатичних вузлів, ангіоматоїдна лімфоїдна гамартома, лімфогамартома. Найбільш часто вражаються лімфатичні вузли межистіння та кореня легенів.

Хірургічне видалення ангіофолікулярної лімфоми вважається методом вибору в лікуванні цього захворювання. Променева терапія в комбінації з хіміотерапією та антивірусною ефективна у неоперабельних хворих. (S. H. Stokes et. al. 1985 р.)

1. Хворий Я., 29 років. Скарги на періодичний сухий кашель, болі в лівому плечово-му суглобі. Соматичний статус без особливостей.

КТ: зліва в ділянці S1 – S2 знаходиться неправильно овальної форми утворення 7,5 x 5,3 см в діаметрі, з нерівними, досить чіткими контурами. Утворення прилягає до медіастинальної плеври та розповсюджується в заднє межистіння, де контури утворення нечіткі. Судини межистіння диференціюються. Утворення негомогенне, з включеннями ділянок зварнення. Суміжні легеневі поля, права легеня — прозорі. Лімфатичні вузли межистіння без видимих змін.

Заключення: КТ — ознаки утворення (периферичної Т-р) верхньої частки лівої легені.

ФБС, ЕФГДС, УЗД органів черевної порожнини, ЕХОКС — патології не виявлено. Аналізи крові та сечі без патології.

25.09.07 р. операція: видалення пухлини верхнього поверху заднього межистіння з атиповою резекцією S 1 лівої легені.

ПГД від 26.09.07 р.: неходжкінська В-клітинна лімфома з клітин мантії. Необхідно провести імуногістохімічне обстеження.

Післяопераційний період протікав без ускладнень.

05.10.07 р. пацієнт виписаний в задовільному стані під нагляд хірурга. Показана консультація гематолога.

Імуногістохімічне дослідження від 09.10.07 р. В дослідженому лімфатичному вузлі чітко збережена структура Т і В клітинних зон, тому дифузна неходжкінська лімфома виключається.

Нодулярний варіант лімфоми також не підтверджується, тому що проліферація відмічається в центрі фолікулів, а морфологічна структура аномальних фолікулів не відповідає нодулярним лімфомам з клітин зони мантії і маргінальної зони. Деякі розширення зони мантії і аномалія фолікулів найбільш характерна для Х К, гіаліново-васкулярний варіант.

Заключення: гіаліново-васкулярний варіант хвороби Кастлемана.

Хворий оглянутий через 2 і 7 місяців та 1,5 року. Скарг не виявляє. Від проведення контрольної КТ-ОГП хворий утримується.

2. Хворий Ж., 43 роки. Соматичний статус без особливостей.

КТ-ОГП: Лівий корінь легені розширений за рахунок об'ємного утворення розмірами $4,0 \times 4,3$ см, яке пов'язане із лівою легеневою артерією. Об'ємне утворення прилягає до нисхідної аорти, чітко відмежовуючись від неї, та віддавлює S6 лівої легені. Після в/в введення 40 мл урографіну вказане утворення рівномірно накопичує контраст, паралельно із легеневими артеріями. Плевральні порожнини вільні. Л/вузли середостіння, бронхо-пульмональні, підключичні, підпахвинні не збільшенні.

Заключення: більше КТ-даних за аневризму лівої легеневої артерії.

ФБС, ЕФГДС, УЗД органів черевної порожнини, ЕХОКС — патології не виявлено. Аналізи крові та сечі без патології.

16.11.09 р. операція: видалення пухлини середостіння зліва.

ПГД від 17.11.09 р. Гіперплазія тимуса. Тканина ребра кістковий мозок із активним кровотворенням, кісткові балки потовщені, елементи пухлини не виявлено. Поперечно-смугасті м'язи звичайної будови. Лімфатичний вузол — реактивна змішаного типу гіперплазія лімфоїдної тканини, анtrakoz.

Післяопераційний період протікав без ускладнень.

26.11.09 р. пацієнт виписаний на амбулаторне лікування під нагляд хірурга. Рекомендовано імуногістохімічне дослідження препаратів.

Імуногістохімічне дослідження від 10.12.09 р. В дослідженому матеріалі фрагменти лімфоїдної тканини, представлені великою к-стю лімфоїдним фолікулів із атрофованими світлими центрами. В окремих фолікулах визначається судина із гіалінізованою стінкою, що входить в центр фолікула, формуючи картину «льодяника на паличці». Атрофовані світлі центри оточені кільцевим накопиченням малих лімфоцитів, формуючи картину «мішени». В міжфолікулярній зоні визначається інфільтрація із малих лімфоцито-плазматичних клітин, макрофагів-гістіоцитів, велика кількість судин із гіалінізованою стінкою. Відмічається вогнищеве накопичення пігменту чорного кольору, ймовірно, анtrakoz.

Заключення: Хвороба Кастелемана, гіаліново-васкулярний варіант.

Хворий оглянутий через 1 та 6 місяців. Скарг не виявляє.

3. Хвора Д., 43 років. На момент надходження — скарги на болі в грудній клітці, помірну задишку, слабість, сухий кашель.

Соматичний статус без особливостей.

КТ ОГП: середостіння розширене за рахунок збільшених л/вузлів. Верхніх паратрахеальних справа $4,0 \times 2,3$ см, нижніх паратрахеальних — до 3,0 см, біfurкаційних конгломератом — до $5,9 \times 3,4$ см, парааортальні л/вузли — до $1,8 \times 0,9$ см, бронхо-пульмональні л/вузли до — 1,5 см.

Заключення: КТ-ознаки лімфаденопатії л/вузлів середостіння, лімфома?

ФБС, ЕФГДС, колоноскопія, УЗД органів черевної порожнини — патології не виявлено. Аналізи крові та сечі без патології.

18.05.10 р. операція: видалення пухлини середостіння (конгломерату л/вузлів), резекція S5 справа.

ПГД від 25.05.10 р. Хронічний гранулематозний запальний процес: множинні епітеліоїдні гранульоми, місцями в легені гіантські багатоядерні клітини типу сторонніх тіл.

Післяопераційний період протікав без ускладнень.

31.05.10 р. пацієнта виписана на амбулаторне лікування під нагляд хірурга. Рекомендовано імуногістохімічне дослідження препаратів.

Імуногістохімічне дослідження від 01.06.10 р. Досліджений матеріал — фрагменти лімфоїдної тканини, представлені великою кількістю лімфоїдних фолікулів із атрофованими світлими центрами. В незначної кількості фолікулів визначаються судини із гіалінізованою стінкою. Центри світлі атрофовані, оточені кільцевим накопиченням

малих лімфоцитів. Місцями відмічається накопичення пігменту чорного кольору, антракоз. Вказані зміни характерні для гіаліново-васкулярного типу ХК.

Заключення: Хвороба Кастлемана, гіаліново-васкулярний варіант.

Хвора оглянута через 2 місяці. Скарг не виявляє.

Висновок: хвороба Кастлемана являється рідким лімфопроліферативним захворюванням, недостатньо вивченим, яке потребує ранньої діагностики на гістологічному та імуногістологічному рівнях.

Локальні форми підлягають радикальному хірургічному лікуванню. Щодо багатовузлових варіантів перебігу, потребують хіміотерапії, антивірусної та цитостатичної терапії в комплексі з променевою терапією та потребують імунологічної корекції.

УДК 616.23/25-007.253-06-07: 616.24-089.87

54. ТРИ ВИПАДКИ ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ БРОНХОПЛЕВРОТОРАКАЛЬНИХ НОРИЦЬ ПІСЛЯ ПНЕВМОНЕКТОМІЙ

Муравйов Т. В., Бартош Г. К., Дрозд А. В., Артюх В. В., Клюєв В. А.,
Патола А. О., Муравйов Ф. Т.

Житомирська обласна клінічна лікарня, м. Житомир, Україна

Бронхіальна нориця (fistula bronchialis) — стійкий сформований патологічний канал, який з'єднує просвіт бронхіального дерева з плевральною порожнинами, поверхнею шкіри грудної стінки, просвітом порожнистоого внутрішнього органу або з печінкою.

Розрізняють вроджені і набуті Б. н. Вроджені Б. н. являють собою рідкісну ваду розвитку, при якій зберігається сполучення між просвітами травної і дихальної систем; зазвичай норицевий хід з'єднує стравохід і головний бронх, частіше правий. Набуті Б. н. можуть виникати в результаті відкритих і закритих травм грудей, при перфорації туберкульозної каверни, абсцесу або кісти легені в плевральну порожнину, розпад ракової пухлини легені, прориві емпіеми плеври в бронхіальне дерево, при перфорації в бронх дивертикулу стравоходу, абсцесу або кісти печінки. Крім того, Б. н. часто можуть бути ускладненням торакальних операцій.

Клінічна картина багато в чому залежить від діаметру і анатомічних особливостей нориці, наявності та вираженості інфекційного процесу в плевральній порожнині, строків після операції.

Бронхоплевральні нориці при «сухій» залишковій плевральній порожнині часто протікають безсимптомно або супроводжуються кашлем — сухим або з невеликою кількістю слизової мокроти. Більшість хворих з бронхоплевроторакальними норицями скаржаться на слизові або слизово-гнійне виділення з норицевого отвору на шкірі, проходження повітря через норицю при диханні, кашлі й напруженні; неможливість виконувати фізичну роботу, купатися (попадання води в норицю викликає різкий напад кашлю та задуху); є необхідність щоденного накладення оклюзійних пов'язок. Часто спостерігаються виражені симптоми гнійної інтоксикації.

Діагностика Б. н. ґрунтуються на клінічних даних, результатах рентгенологічного дослідження та бронхоскопії. Прямими рентгенологічними ознаками Б. н. є виявлення норицевого ходу на комп'ютерній томографії органів грудної клітки. Особливо наочно нориці виявляються при рентгеноконтрастних дослідженнях: бронхографії, плевробронхографії (при бронхоплевральних норицях), фістулографії та інших. Бронхоскопія дозволяє побачити і в ряді випадків досліджувати гирло нориці і норицевий хід, провести ендофотографію.

Наводимо власні спостереження розвитку пізніх (більше 15 років) бронхіальних нориць.

1. Хворий Я., 72 роки. При прибутті у стаціонар — скарги на незначний сухий кашель, болі в грудній клітці зліва, наявність гнійного норицевого ходу в середній третині післяопераційного рубця, підвищення температури тіла.

37 років тому виконана пневмонектомія зліва з приводу ХОЗЛ.

7 днів тому виникла припухлість із гіперемією в ділянці післяопераційного рубця, яка прогресивно збільшувалась і наросла до розміру курячого яйця. Гнійник самостійно дренувався, виділилось біля 200 мл густого смердючого гною. Стан хвого покращився. На рентгенографії ОГП — лівобічний фіброторакс, вікарна емфізема правої легені.

КТ-ОГП — дифузний пневмофіброз правої легені, фіброторакс зліва. Пристінкове рідинне утворення в товщі фіброторакса, яке з'єднується через норицевий хід із поверхнею шкіри.

ФБС — визначається норицевий отвір діаметром 0,2 см в куксі лівого головного бронха. Слизова оболонка не змінена. Додаткових утворень немає.

Фістулографія — рідинне утворення в костальній ділянці лівого фібротораксу, яке з'єднане норицевим ходом із поверхнею шкіри. Рентгенологічних даних за з'єднання даного утворення із куксою лівого головного бронха не виявлено.

Порожнина гнійника дренована. Промивалась розчинами антисептиків. Протягом 2-х тижнів фістула закрилась. Пацієнт виписаний на амбулаторне лікування. Контрольна ФБС через 3 місяці — кукса герметична. Через 8 місяців пацієнт звернувся із аналогічними скаргами. ФБС — наявність фістули кукси лівого головного бронха. КТ-ОГП — порожнина розпаду із торакальним норицевим ходом. Утворення редреноване. Лікування продовжується.

2. Хворий Б., 54 роки. При прибутті у стаціонар — скарги на кашель із виділенням слизово-гнійної мокроти, задишку при фізичному навантаженні, виражену загальну слабість, підвищення температури тіла.

Із анамнезу відомо, прооперований 18 років тому з приводу Са легені, виконано пульмонектомію справа. Хіміотерапія та телегамтерапія не проводились у зв'язку із відмовою хвого.

2 місяці тому у пацієнта після значного фізичного навантаження з'явилось кровохаркання, а через 4 дні підвищилась температура тіла та виник кашель. Мокрота набула слизово-гнійного характеру. Хворий лікувався в ЦРЛ за місцем проживання без очікуваного ефекту.

Через 7 днів у пацієнта розвинулась флегмона грудної стінки справа. У важкому стані госпіталізований у відділення грудної хірургії. Флегмона розкрита. Посів гною із рани росту не дав.

ФБС — нориця по медіальній стінці кукси головного бронха справа діаметром 0,2 см.

Хворому проводились КТ-ОГП, фістулографія. Встановлено, порожнина емпієми до 7 см, розташована прикоренево, біля кукси головного бронха. При дренуванні порожнини емпієми виникли значні технічні труднощі.

Протягом місяця флегмона грудної стінки санувалась та загоїлась. Через 2 місяці клініка бронхіальної нориці відсутня. Хворий самостійно видалив дренаж. Оглянутий через 2 місяці — клінічно ознак бронхіальної нориці не виявлено. Від проведення контроленої ФБС відмовився.

3. Хворий Б., 57 років. При прибутті у стаціонар — скарги на кашель із виділенням слизово-гнійної мокроти, задишку при фізичному навантаженні, виражену загальну слабість, підвищення температури тіла.

Хворому проводилась пульмонектомія справа 15 років тому з приводу Са легені.

Близько 10 днів тому у хвого з'явились кашель, підвищення температури тіла, припухлість та гіперемія на боковій поверхні грудної стінки. Звернувся та був госпіталізований у відділення грудної хірургії у стані середньої важкості.

При огляді у хвого флегмона бокової поверхні грудної стінки справа. Остання була розкрита та дренована. На рентгенографії ОГП визначається порожнина із

горизонтальним рівнем рідини. ФБС — визначається норицевий отвір до 0,2 см діаметром в куксі правого головного бронха.

Дані КТ-ОГП та фістулографії вказують на наявність порожнини емпієми в товщі фібротораксу справа, що сполучається із поверхнею грудної стінки та куксою головного бронха справа. Порожнина емпієми дренована тонким троакаром під КТ контролем, промивалась розчинами антисептиків.

Протягом 6 тижнів флегмона грудної стінки санована та загоїлась. За даними контрольної ФБС, нориця в куксі головного бронха праворуч відсутня. Для продовження лікування хворий переведений в ЦРЛ за місцем проживання із рекомендованим контролльним оглядом через місяць.

Прогноз для життя звичайно сприятливий, прогноз для одужання і відновлення працездатності без оперативного лікування нерідко сумнівний. Радикальні операції дозволяють ліквідувати Б. н. приблизно у 75% хворих.

Потрібо зазначити, що основними труднощами є вчасна діагностика Б. н. із зачлененням усіх доступних методів обстеження. Іншою не менш важливою проблемою є важкість адекватного дренування порожнини емпієми, яка нерідко розміщується прикоренево та відповідно є тяжко доступною. Для усіх пацієнтів із діагностованою Б. н. фістулографія є обов'язковою. Основну увагу потрібно приділити хворим із гострими норицями, оскільки хронізація процесу має несприятливий прогноз для вилікування. Підводячи підсумки, потрібно зазначити, що дана тема мало висвітлена у вітчизняній та закордонній літературі, а особливо випадки бронхіальних нориць, що розвиваються пізніше 15 років.

УДК 617.541-001-089.166

55. ПОЛИТРАВМА. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Оганесян А. К., Меликян Г. Б., Согомонян Г. С.

Медицинский центр Эребуни, г. Ереван, РА

В мирное время при политравме доминируют закрытые повреждения груди, которые встречаются в 5-6 раз чаще открытых. Травматический шок и острые массивные кровопотери уже в самом начале лечения ставят перед клиницистом три основные задачи:

- а) выявление наиболее тяжелых повреждений, влияющих на общее состояние пострадавшего;
- б) безотлагательное проведение противошоковых, а иногда и реанимационных мероприятий;
- в) выработка оптимального плана лечебных мероприятий, очередности и объема хирургических вмешательств.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Поделиться нашим опытом лечения повреждений грудной стенки и органов грудной клетки при политравмах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В период с 2002 по 2009 г. в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) медицинского центра Эребуни под нашим наблюдением находилось 427 больных с диагнозом политравма. У 304 (73%) пострадавших имело место повреждение груди. У 102 (32,7%) больных проводился интенсивный мониторинг без активных вмешательств. В остальных 204 (67,7%) случаях были произведены: у 14 — по поводу тупой травмы грудной клетки и посттравматического пневмоторакса произведены плевральные пункции, у 43 — произведено дренирование плевральных полостей, из коих в 22 — случаях с закрытой травмой грудной клетки, а у 21 — по поводу колото-резаных ран грудной клетки.

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: 163 (53,2%) больным при гемопневмотораксе произведено дренирование плевральных полостей — в 121 случае с закрытой травмой грудной клетки, а у 42 — по поводу проникающих ранений. В этой группе в 32 случаях повреждений груди произведены двухсторонние дренирования плевральных полостей. Из-за продолжающегося кровотечения произведена торакотомия с целью ревизии и гемостаза — в 4 случаях.

Кроме вышеперечисленных вмешательств, нами выполнены экстренные торакотомии с целью восстановления целостности легкого (19), разрывов диафрагмы (12), ранений сердца (5), циркулярного разрыва правого главного бронха (3). В 16 случаях с множественными переломами ребер и грудины произведены остеосинтетические торакопластические вмешательства с фиксацией ребер и грудины. В одном случае произведена циркулярная резекция трахеи с первичным анастомозом по поводу изолированного, полного раздробленного повреждения трахеи. В отдаленные сроки из общего числа больных с политравмой 65 больным наложена трахеостомия, 9 — атипичные резекции и декортикации легких по поводу эмпиемы плевры. Общая летальность при политравме составила 65 (15,4%).

ВЫВОДЫ: Разнообразие действующих факторов, многообразие политравм и повреждений груди требуют в каждом конкретном случае строго индивидуального подхода для выработки тактики и очередности лечебных мероприятий. Высокий процент летальности при политравме требует дальнейшего изучения этой актуальной проблемы.

УДК 616.713-018.46-002.3-089.166

56. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОМИЕЛИТОМ ГРУДИНЫ И ДЕФЕКТОВ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

Оганесян А. К., Меликян Г. Б.

Медицинский центр Эребуни, г. Ереван, РА

Лечение хронического послеоперационного остеомиелита грудины и дефектов грудной стенки остается одной из сложнейших проблем в грудной и, в частности, в гнойной хирургии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: на нашем опыте показать возможности реконструктивной хирургии в современной реабилитации больных с хроническим остеомиелитом грудины (ХОГ) и дефектов грудной стенки (ДГС).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: С 1985–1988 гг. и с 1993–2009 гг. мы располагаем опытом обследования и лечения 61 больного в возрасте от 15 до 67 лет с ХОГ и ДГС. Среди них мужчин было 54, женщин — 7. Из общего числа больных 52 страдали ХОГ, а 9 — ДГС пострезекционного, послеоперационного нагноительного и травматического характера.

В группе больных с ХОГ у 41 пациента хронический остеомиелит развился после срединной стернотомии, у 6 — после переднебоковой торакотомии, у 4-х — после огнестрельного ранения. У одного больного ХОГ развился после радиотерапии по поводу миастении. Срединная стернотомия выполнена по поводу протезирования аортального клапана (6), митрального клапана (11), митрального + аортального (4), образования переднего средостения у 4-х, из которых у одной пациентки — по поводу нагноения дермоидной кисты перикарда. В 15 случаях выполнено АКШ.

Хирургическую реабилитацию больным с ХОГ разделили на две группы в зависимости от выраженности воспалительного процесса в переднем средостении.

В первую группу вошли 11 больных с выраженным передним медиастинитом с гнойными затеками, у которых хирургическое лечение было проведено двумя этапами: 1 этап — резекция грудины и открытое лечение медиастинальной раны, 2 этап — как мышечная и/или кожно-мышечная пластика и реконструкция грудины.

Вторую группу составили 41 больной, у которых хирургическая реабилитация была проведена в один этап — резекция грудины, хирургическая обработка медиастинальной раны с одномоментной миопластической реконструкцией.

По объему распространения воспалительного процесса грудной кости мы выделяли три типа резекции грудины: 1. Тотальная стернэктомия. 2. Субтотальная резекция грудины. 3. Окончатая резекция грудины.

В 53 случаях при закрытии дефекта передней грудной стенки нами использованы ротационный кожно-мышечный или мышечный лоскут на питающей ножке. Лишь в двух случаях метод был дополнен использованием проленовой сетки.

Исходя из наличия мышечных резервов, мы использовали прямую мышцу живота, большую грудную мышцу, широчайшую мышцу спины, переднезубчатую мышцу — по отдельности или в их комбинации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Ближайшие и отдаленные результаты в течение 5 лет изучены у 53. Во всех случаях отмечено полное приживление перемещенных лоскутов с первичным натяжением первичной раны. В 4 случаях спустя 5–7 месяцев наблюдались лигатурные свищи, которые были ликвидированы простым иссечением.

ВЫВОДЫ: применяемые методы хирургического лечения ХОГ и ДГС позволяют добиться полной хирургической реабилитации у этих больных.

УДК 617.541-072.1-089.8:616-002.5-089

57. РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ВО ФТИЗИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Опанасенко Н. С., Бабич М. И., Терешкович А. В., Коник Б. Н.,
Веремеенко Р. А.

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени
Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить возможности видеоторакоскопии (ВТС) для диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: с 2008 г. в нашей клинике было произведено 167 ВТС вмешательств пациентам с различными формами туберкулеза органов дыхания. Среди них мужчин было 101 (60,4%) случай, женщин — 66 (39,5%). Средний возраст пациентов составил 38,6 лет.Правосторонняя локализация патологического процесса была отмечена в 99 (59,2%) случаях, левосторонняя — в 68 (40,8%). У больных имели место следующие диагнозы: острый или подострый туберкулезный плеврит — 119 (71,2%) случаев, хронический туберкулезный плеврит — 11 (6,7%), фиброзно-кавернозный туберкулез долевой локализации — 15 (8,9%), солитарная туберкулома — 6 (3,5%), множественные туберкуломы долевой локализации — 4 (2,3%), туберкулезная эмпиема — 7 (4,1%), туберкулез внутригрудных лимфатическихузлов — 5 (2,9%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ: ВТС с биопсией плевры была произведена 62 (37,1%) пациентам, ВТС с пневмолизом и биопсией плевры — 57 (34,1%), ВТС-санация специфической эмпиемы — 7 (4,1%), ВТС-биопсия внутригрудных лимфатическихузлов при подозрении на туберкулезный процесс — 5 (2,9%). С ВТС-поддержкой через миниторакотомию (длина разреза ≈ 6–8 см) было выполнено 11 (6,5%) плеврэктомий с декортика-

цией легкого, лобэктомией — 19 (11,3%), типичных резекций ТП — 4 (2,3%), атипичных резекций — 2 (1,1%). Случаев конверсии в торакотомию было 7 (4,1%). Послеоперационные осложнения были отмечены в 9 (5,3%) случаях (интраплевральное кровотечение, замедленное расправление легкого, небольшая послеоперационная внутриплевральная гематома; ограниченная эмпиема плевры). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 18,6 дней.

ВЫВОДЫ: 1) ВТС вмешательства при туберкулезе органов дыхания во многих случаях можно рассматривать как альтернативу классической торакотомии; 2) использование ВТС расширяет возможности внедрения в практику доказательной медицины; 3) ВТС-резекции при туберкулезе легких пока ограничены в своих возможностях, поэтому задачей практикующих фтизиохирургов является четкое определение показаний и противопоказаний к подобным вмешательствам, а также усовершенствование методик их проведения.

УДК 616.712-089.844: 616.24-002.5

58. МЕСТО ТОРАКОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Опанасенко Н. С., Терешкович А. В., Бычковский В. Б., Калениченко М. И.

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить результаты применения различных методик ТП при оперативном лечении больных деструктивным туберкулезом (ТБ) легких.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: проанализированы результаты применения различных методик ТП и ТП с одномоментной резекцией легкого при хирургическом лечении ТБ легких у 84 пациентов, прооперированных в период с 2005 по 2010 г. Мужчин было 60 (71,4%), женщин — 24 (28,6%). Возрастной диапазон составил от 17 до 50 лет. 74 (88,1%) пациента были прооперированы по поводу хронических форм ТБ легких, из них 72 (85,7%) пациента прооперированы по поводу мультирезистентного ТБ легких. Длительность заболевания до операции составила от 10 месяцев до 9 лет. Виды выполненных операций: первичная одномоментная экстраплевральная ТП — 21 (25,0%), резекция легкого с одномоментной экстраплевральной ТП — 22 (26,2%) больных, резекция легкого с одномоментной интраплевральной ТП — 19 (22,6%), резекция легкого с одномоментной экстраплевральной ТП и формированием купола плевры — 18 (21,4%) больных, этапные двухсторонние операции с использованием ТП — 4 (4,8%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Хирургическое лечение с применением разработанных методик оказалось эффективным у 78,6% больных в сроках наблюдения до 5 лет. Наибольшая эффективность наблюдалась в группе пациентов, прооперированных с использованием интраплевральной ТП, — 100,0%, а наименьшая — в группе с использованием резекции легкого с экстраплевральной ТП — 72,6%. Прекращение бактериовыделения — 64 больных (76,2%). Послеоперационные осложнения имели место у 6 (7,1%) больных; 5 (5,9%) пациентов были прооперированы повторно по поводу послеоперационных осложнений. Рецидивы ТБ после операции наблюдались у 6 (7,1%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 8,3% (7 случаев). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 23,4 дней.

ВЫВОДЫ: 1) Коллапсохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении пациентов с запущенными формами ТБ легких. 2) Повышение эффективности коллапсохирургических операций возможно путем применения разработанных методик ТП и ТП с резекцией легкого. 3) Пациенты, прооперированные с использова-

нием ТП и ТП с резекцией легкого, требуют применения интенсивной антимикобактериальной терапии, адекватной профилактики и лечения вентиляционных нарушений, проведения санационных ФБС и профилактики тромбоэмбологических осложнений.

УДК 616.24-006.6-039.42-089

59. РЕДКИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ — ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Паршин В.Д., Бирюков Ю.В., Григорьева С.П.

РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, отделение хирургии легких
и средостения, г. Москва

Злокачественные новообразования органов дыхания занимают первое место в структуре онкологической заболеваемости в России и мире. Из них редкие опухоли легких эпителиальной и неэпителиальной природы изучены в наименьшей степени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучение результатов хирургического лечения больных с редкими злокачественными опухолями легких.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В нашем отделении с 1963 по 2009 год выполнено 4 157 операций по поводу первичных злокачественных опухолей легких, среди которых доля редких гистологических форм составила 11,7% (490 операций). Наиболее распространенной редкой эпителиальной опухолью был бронхолегочный карциноид — у 286 больных; неэпителиальные злокачественные опухоли (саркомы) — у 94; у 28 пациентов выявлен аденоиднокистозный рак; крупноклеточный рак — у 42; мукоэпидермоидный — у 22; диморфный — у 11; бронхиолоальвеолярный рак — у 27 пациентов. Тактика в отношении редких злокачественных опухолей была такая же, как и при местнораспространенном немелкоклеточном раке легких. Только типичные карциноиды позволяют производить реконструктивно-пластиические операции. При саркомах, атипичных карциноидах, крупноклеточном и других формах рака производили пневмонэктомии или лоб- и билобэктомии с удалением клетчатки и лимфоузлов средостения. При низкодифференцированном типе опухоли и при поражении лимфоузлов больные получали химиолучевую терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Осложнения были у 47 больных (9,6%), из них умерли 7 (1,5%). После операции при карциноидах 5-летняя выживаемость составила 92,1%, 10-летняя — 84,2%. При аденоиднокистозном раке 5 лет прожили 72,2% больных, более 10 лет — 27,3%, более 15 лет — 18%. У больных, оперированных по поводу неэпителиальных опухолей во II–III стадии, а так же при метастазах в лимфоузлы (N1-2), отдаленные результаты были хуже; лишь при I стадии заболевания 5-летняя выживаемость достигала 52%. Отдаленные результаты при крупноклеточном раке: 17 больных скончались в сроки до 24 месяцев, остальные — до 36 месяцев и только 1 больной прожил 61 месяц.

ВЫВОДЫ: Факторами, влияющими на прогноз выживаемости, являются: выполнение операции на ранних стадиях заболевания, размер и степень дифференцировки опухоли, поражение лимфоузлов. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения редких злокачественных опухолей легких свидетельствует об оправданности применяемых операций.

60. ХИРУРГИЯ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА В СОЧЕТАНИИ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ

Паршин В. В., Вишневская Г. А., Паршин В. Д., Перельман М. И.

РНЦХ им. академика Б. В. Петровского РАМН

АКТУАЛЬНОСТЬ: Крайне сложной и до конца не изученной проблемой остается лечение сочетанной патологии, когда у одного пациента диагностируют рубцовый стеноз трахеи (РСТ) и трахеопищеводный свищ (ТПС). Эта категория больных остается наиболее тяжелой в торакальной хирургии, требующей решения диагностических, тактических и непосредственно хирургических вопросов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучение результатов хирургического лечения больных с РСТ в сочетании с ТПС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В РНЦХ им. Б. В. Петровского было прооперировано 50 пациентов, у которых диагностировали РСТ в сочетании с ТПС в период с 1990 по 2009 г. Из них было 31 (62%) мужчины и 19 (38%) женщины. Средний возраст пациентов составил 30 лет. Наиболее информативным методом диагностики данной патологии остается трахеоскопия. Проведение сочетанной трахео-эзофагоскопии потребовалось 6 (12%) пациентам. 49 (98%) больным выполнили ликвидацию ТПС и коррекцию РСТ. Всего произведено 175 операций. При определении показаний к операции на первом месте было разобщение ТПС при условиях обеспечения стабильного дыхания. Пациенты были разделены на два условных периода: 1990 по 2000 г. — (11 (22%) больных) и с 2001 по 2010 г. (39 (78%) больных). После этапа разобщения ТПС всего было выполнено 119 этапных реконструктивных операций на трахее, включающих трахеопластические операции с использованием Т-образной трубки. В период с 2001 по 2009 г. у 5 (5%) больных произвели одномоментные радикальные вмешательства с одномоментной циркулярной резекцией трахеи с хорошим результатом. Двум пациентам произвели повторные резекции трахеи. Наиболее частыми осложнениями после операций были пневмония и трахеобронхит.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Благодаря усовершенствованию методов диагностики, хирургической тактики, удалось снизить частоту рецидива свища более чем в два раза, которая составила во второй группе не более 16%. У всех больных удалось ликвидировать трахеопищеводное соусье и тем самым полностью восстановить питание через рот. В период с 2001 года 30 (76,9%) пациентов закончили лечение, у 24 (80%) пациентов наступило выздоровление, у 6 (20%) сохраняется трахеостома.

ВЫВОДЫ: При наличии ТПС в сочетании с РСТ полное излечение больных возможно. При определении показаний к операции на первом этапе следует устраниить ТПС при условии стабильного дыхания пациента. Возможны одномоментные радикальные операции в виде резекции трахеи с анастомозом, а также повторные резекции трахеи.

УДК 616.24-006.6-089

61. МЕСТО КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

Паршин В.Д., Григорьева С.П., Мирзоян О.С.

РНЦХ им. академика Б. В. Петровского РАМН,
отделение хирургии легких и средостения, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ: До настоящего времени в хирургические клиники поступают больные с запущенной стадией рака легкого. В таких случаях для удаления опухоли приходится применять комбинированные операции, то есть резекцию легкого с соседними органами или тканями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучить целесообразность выполнения комбинированных операций при раке легкого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Всего с 1963 по 2009 г. в отделении оперированы 4 157 больных со злокачественными опухолями легких, из них комбинированные операции выполнены 265 больным (6,4%). В подавляющем большинстве случаев подобные операции были произведены мужчинам (92%) в возрасте от 40 до 60 лет (80%). Наиболее часто встречался эпидемиодный рак у 204 (77,1%) больных, аденокарцинома была у 36 (13,6%) больных. У 25 (9,4%) больных были аденоидно-кистозный рак, саркома и недифференцированный рак. Центральный рак диагностирован у 80% больных. Все комбинированные операции разделены на три типа: сосудисто-предсердный, трахео-бронхиальный и париетально-диафрагмальный. Первый тип операций произведен 118 (44,5%) больным, второй тип — 74 (27,9%) больным, третий тип — 73 (27,5%) больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Различные осложнения после операций возникли у 28,6% больных, из них 29 больных умерли. Летальность составила 10,9%. Выписано 236 больных. Все больные после операции подлежали лучевой или химиотерапии. Более трех лет после операции прожили 25,3% больных, свыше пяти лет — 8,5% пациентов.

ВЫВОДЫ: Комбинированные операции относятся к сложным операциям для хирурга и рискованным — для больного. При проведении операций необходимо широко использовать срочное цито- и гистологическое исследование срезов трахеи и бронхов, лимфатических узлов и других анатомических образований. Комбинированные операции в общей структуре хирургии злокачественных опухолей легкого занимают не очень большое место, однако применение подобных вмешательств увеличивает показатель реабилитации и в ряде случаев обеспечивает длительное выживание больных.

УДК 616.24-007.63-036.17

62. СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Паршин В.Д., Русаков М.А., Пурецкий М.В., Базаров Д.В., Филимонова М.В.

АКТУАЛЬНОСТЬ: На сегодняшний день в России ХОБЛ и диффузная эмфизема вышли на 3-е место среди причин смертности. Современная консервативная терапия и эффективные методы респираторной реабилитации мало эффективны для большинства пациентов диффузной эмфиземой тяжелого течения. Это заставляет искать дополнительные способы в лечении этой группы больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучить результаты различных современных хирургических методов лечения больных тяжелой диффузной эмфиземой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: С 2000 по 2009 г. в отделении хирургии легких и средостения РНЦХ находились на лечении 49 больных с тяжелой эмфиземой легких. Мужчин было 48. Возраст варьировал от 38 до 77 лет. У всех больных выявили тяжелую бронхиальную обструкцию ($\text{ОФВ}_1 - 21+5\%$, $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} - 30+7\%$), выраженную одышку (4,5 баллов по шкале MRC) и увеличение остаточных объемов в легких ($\text{ОЕЛ} - 138+18\%$, $\text{ОО} - 294+87\%$, $\text{ОО}/\text{ОЕЛ} - 70+8\%$). При анализе газового состава артериальной крови обнаружили значительную гипоксемию $\text{PaO}_2 - 69+13$ мм рт. ст. и умеренную гиперкапнию $\text{PaCO}_2 - 41+7$ мм рт. ст. 30 пациентам выполнена хирургическая редукция объема легкого, включавшая краевые резекции наиболее пораженных эмфизематозных участков легкого. У 11 больных произведено создание артерио-венозной фистулы, путем рентгенэндохирургической имплантации нитиноловой клипсы между подвздошными артерией и веной. Трем больным выполнена трансплантация стволовых клеток в бронхиальные артерии наиболее сохранившихся сегментов легких. По программе бронхоскопической редукции объема легкого оперировано 5 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: После ХРОЛ зафиксированы лучшие непосредственные и отдаленные клинико-функциональные результаты, нежели чем у пациентов, которых лечили другими методами. Уже к моменту выписки эти больные отмечали уменьшение одышки, увеличение физической выносливости. У 2 больных после БРОЛ отмечено уменьшение одышки в ранние послеоперационные сроки. Рентгенологически у 1 из них выявлен ателектаз доли-мишени. Что касается пациентов, которым выполнена трансплантация стволовых клеток, то они не отметили существенного улучшения в своем состоянии, что, по-видимому, связано с небольшим сроком наблюдения за ними. Из 11 пациентов, которым создали артерио-венозную фистулу, только у 3 наступило кратковременное уменьшение одышки.

ВЫВОДЫ: Современные хирургические методы лечения тяжелой диффузной эмфиземой должны входить в комплекс лечебных мероприятий у тщательно отобранных и подготовленных пациентов с одышкой, резистентной к лечению, низким качеством жизни и плохим прогнозом в отношении жизни. Наиболее оправданными и безопасными считаем хирургическую и бронхоскопическую редукцию объема легких. Можно рассматривать эти операции как этап перед трансплантацией легких.

УДК 616.216.2-089.87: 616.24-089

63. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОБЛ

Петрунькин А. М., Пичуров А. А., Оржешковский О. В., Козак А. Р.,
Яблонский П. К.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский
факультет, кафедра госпитальной хирургии, г. Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ: В связи с единым этиопатогенетическим фактором (курением) хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) часто сопутствует раку, туберкулезу и нагноительным заболеваниям легких. Сниженные респираторные резервы у этой категории больных повышают риск послеоперационных осложнений и нередко служат причиной отказа от радикального лечения (лобэктомии).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Улучшение результатов лобэктомии у больных хирургическими заболеваниями легких с сопутствующей ХОБЛ путем оценки функциональной операбельности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 279 пациентов, перенесших лобэктомию в период с 2001 по 2008 г. Преобладали мужчины — 73%, средний возраст составил 61 ± 12 лет. Диагностика и оценка степени тяжести ХОБЛ проводились в соответствии с классификацией Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2007г. ХОБЛ была диагностирована у 125 пациентов, 154 не имели признаков обструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: При оценке результатов лобэктомии выявлено нарастание частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов с увеличением степени бронхиальной обструкции. Однако при оценке в зависимости от тяжести сопутствующей патологии в целом, рассчитанной на основе Charlson Comorbidity Index (CCI), выявлено, что нарастание частоты осложнений и летальных исходов зависит только от выраженности коморбидного фона, который значимо выше у больных с сопутствующей ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести. Степень тяжести ХОБЛ и прогнозируемый послеоперационный ОФВ1 (ппОФВ1) не являлись самостоятельными критериями неоперабельности. У пациентов с CCI более шести осложнений развивались в 100% случаев. CCI 6 и более в сочетании с пппОФВ1 менее 50% сопровождалось неприемлемой летальностью (до 70%).

ВЫВОДЫ: Для объективной оценки сопутствующей патологии целесообразно ориентироваться на значение Charlson Comorbidity Index. Совместное использование индекса Чарльсона шесть и более и пппОФВ1 менее 50 позволяет выделить группу неоперабельных больных.

УДК 616.25-003.219-036.111-089.48

64. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Петухов В. И., Русецкая М. О.

Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Ежегодно в хирургические стационары поступает большое количество пациентов со спонтанным пневмотораксом. По современным данным, причиной развития этой патологии является недостаток α_1 -антитрипсина, что приводит к дефициту синтеза сурфактанта и, как следствие, к истончению альвеолярных перегородок, затем образуются буллы, которые при повышении внутриплеврального давления разрываются, приводя к возникновению спонтанного пневмоторакса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проанализировать тактику ведения пациентов со спонтанным пневмотораксом и оценить её клиническое значение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За период с января 2010 по июнь 2010 г. в торакальном отделении ВОКБ находилось на лечении по поводу спонтанного пневмоторакса 40 пациентов. Все пациенты оперированы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Дренирование плевральной полости выполнено 30 пациентам, 9 — торакоскопически ассистированная атипичная резекция доли лёгкого и химический плевролиз, 1 — торакотомия, атипичная резекция и декортикация лёгкого. Пациентам в возрасте до 35 лет выполнялось дренирование плевральной полости, а затем — при обнаружении буллёзной дистрофии или при неэффективности дренирования — торакоскопическое вмешательство. Пациенты старше 40 лет торакоскопически оперировались при рецидивах заболевания или при неэффективности дренирования. К торакотомии прибегали у пациентов с длительно существующим пневмотораксом. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

ВЫВОДЫ:

1. На разных этапах заболевания существуют различные подходы к лечению.
2. Эффективность лечения каждого из этапов определяется сроком заболевания.
3. Пациенты молодого возраста должны быть оперированы радикально при первом обращении в стационар.

УДК 616.25-003.219-089.193.4-06: 616.24

65. ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХОБЛ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Пичуров А. А., Оржешковский О. В., Петрунькин А. М., Яблонский П. К.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии, г. Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ: Спонтанный пневмоторакс (СП) у пациентов с ХОБЛ является жизнеугрожающим состоянием и требует активных действий. В тоже время хирургическое вмешательство в этой группе больных черевато высоким риском развития послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Улучшение результатов лечения спонтанного пневмоторакса у пациентов с ХОБЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 27 пациентов, госпитализированных в ГМПБН2 в период с 1998 по 2009 г., страдающих хронической обструктивной болезнью легких, оперированных по поводу спонтанного пневмоторакса. Все больные были старше 40 лет. Преобладали мужчины — 90,4%, средний возраст составил $57,3 \pm 10,7$ лет. Степень тяжести ХОБЛ определялась по классификации Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2007 г. Использовалось два варианта доступов: видеоторакоскопический (13 пациентов) и аксилярная торакотомия (14 больных). Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 14 (52%) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: При оценке частоты осложнений не выявлено закономерного ее нарастания вместе со степенью бронхиальной обструкции. В тоже время при оценке сопутствующей патологии в целом, на основе Charlson Comorbidity Index (CCI), выявлено нарастание частоты осложнений в зависимости от выраженности коморбидного фона. У пациентов с CCI менее 5 баллов частота осложненного течения послеоперационного периода составила от 25 до 60%, а при индексе равном (или более) 5 баллам — 100%.

ВЫВОДЫ: Для объективной оценки сопутствующей патологии целесообразно, по нашему мнению, ориентироваться на значение Charlson Comorbidity Index. При использовании дифференцированного подхода и выделении группы пациентов повышенного риска возможно добиться снижения относительной частоты послеоперационных осложнений и внутрибольничной летальности.

66. ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛЯХОМ ВИКОНАННЯ КИШКОВОЇ СИМПАТЕКТОМІЇ

Покидько М. І., Шевчук О. М., Шевчук М. Т.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кіровоградська обласна лікарня

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Розробити метод профілактики та лікування спайкової хвороби, що базується на концепції індивідуальної схильності до патологічного спайкоутворення за рахунок підвищеної симпатотонусу, який викликає, у відповідь на операційну травму чи запальну альтерацию, виражене порушення мікроциркуляції, тривалу ішемію тканин черевної порожнини, стійкий парез кишечнику і, як наслідок, пролонговану ексудативну та проліферативну фази запалення очеревини.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: В основу «Способу профілактики післяопераційної спайкової хвороби» (державний патент на корисну модель) поставлено завдання підвищення ефективності профілактики післяопераційної спайкової хвороби шляхом блокади симпатичного стовбура після завершення планового ендоскопічного оперативного втручання, як завершальний етап, на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва. Такий спосіб використаний у 96 хворих за допомогою лапароскопічного втручання.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: В анамнезі у хворих було від 2 до 11 оперативних втручань з приводу спайкової хвороби, в середньому кількість втручань склала 3,4 раза. Середній вік хворих склав 45,4 року. Для порівняння отриманих результатів провели дослідження в контрольній групі хворих ($n=20$), які були прооперовані з приводу спайкової хвороби черевної порожнини та гострої спайкової кишкової непрохідності. Для презентативності отриманих результатів у цю групу були відібрані хворі, основні вікові, статеві та анамнестичні показники яких репрезентативні з показниками основної групи дослідження. Після операції у всіх хворих основної групи зареєстроване раннє відновлення перистальтики кишечнику (в середньому через $10,6 \pm 0,6$ год.). Гази відійшли на кінець другої доби (через 32 год. після операції). Вказаний спосіб значно підвищує ефективність профілактики післяопераційної спайкової хвороби, дозволяє швидко відновити перистальтику в ранньому післяопераційному періоді і має тривалу післядію. Є досить простим у виконанні. Слід відзначити отриманий факт зменшення вираженості більового синдрому у хворих основної групи. Зменшення необхідності використання наркотичних анальгетиків призвело також до зменшення небажаних побічних ефектів цих препаратів, одним з яких є гальмування перистальтики кишечнику і викликаний таким чином більш тривалий післяопераційний парез, що погіршує загальний стан хворих та сприяє активізації процесів спайкоутворення в черевній порожнині в ранній післяопераційний період.

ВИСНОВКИ: Таким чином, виконання кишкової симпатектомії є патогенетичним методом лікування спайкової кишкової непрохідності, що попереджує утворення спайкового процесу в ранньому післяопераційному періоді.

67. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Полович А. Ю., Ладур А. И., Кондратюк Б. П., Кравцова В. Н.,
Кубышковский А. Л., Глазков А. В., Фоменко А. Н., Панасенко С. А., Зыков Д. С.

ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр»

Известно, что радикальные органосохраняющие (ангио) бронхопластические операции при местнораспространенном немелкоклеточном раке легкого более предпочтительны чем пневмонэктомия, однако их применение в плане комбинированного лечения требует дальнейшего изучения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: уточнить возможности и показания к применению органосохраняющих (ангио) бронхопластических операций в комбинированном лечении больных немелкоклеточным раком легкого в сочетании с различными вариантами лучевой и химиотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В рамках продолжающегося рандомизированного исследования за пять лет в условиях торакального отдела выполнено 65 бронхопластических операций пациентам с немелкоклеточным раком легкого IIБ — IIIА стадий. Все операции сопровождались выполнением ипсилатеральной лимфодиссекции. При необходимости выполнялась клиновидная или циркулярная резекция бронхов и резекция сосудов.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЛО В СЕБЯ: 2-3 курса индукционной ПХТ при IIБ — IIIА стадии, затем при всех стадиях выполнялось радикальное хирургическое вмешательство и проводилось адьювантное химиолучевое лечение в послеоперационном периоде, в том числе с эндолимфатическим введением препаратов. Облучению подвергался бронхиальный анастомоз и зоны регионарного метастазирования с минимальным облучением интактной ткани легкого.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Непосредственные результаты оказались лучше, чем после пневмонэктомии: послеоперационные осложнения возникли у 6 больных (9,2%), послеоперационная летальность составила 1,5% (умер 1 пациент). Отдаленные результаты изучаются.

ВЫВОДЫ: Бронхопластические операции в комплексном лечении больных раком легкого с применением современных методик химио-лучевой терапии могут быть альтернативой выполнения пневмонэктомии и являются более функциональными с точки зрения качества жизни и возможности реабилитации пациентов.

УДК [616.12+616.24]-089-06:616-006.6: 616.12-78

68. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ И ЛЕГКОМ (ПРИ РАКЕ) ИЗ СТЕРНОТОМНОГО ДОСТУПА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Порханов В. А., Барбухатти К. О., Кононенко В. Б., Белаш С. Ю.,
Коваленко А. Л., Скопец А. А., Ситник С. Д., Поляков И. С.

ГУЗ «Краевая больница клиническая больница № 1» —
Центр грудной хирургии

ВВЕДЕНИЕ: ЦЕЛЬ ЭТОЙ РАБОТЫ — анализ непосредственных и отдаленных результатов симультанных операций на сердце и легком при раке, выполненных через стернотомный доступ в условиях искусственного кровообращения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Начиная с декабря 2002 года по декабрь 2009 года, в Центре грудной хирургии, функциональном подразделении ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С. В. Очаповского» было выполнено 112 комбинированных операций на легком и сердце у пациентов с сочетанной патологией легкого, грудной стенки, пищевода, которые нуждались в операциях как на сердце, так и на пораженных органах. Из этих пациентов у 89 (79,4%) выполнены одновременные, т.е. во время одной анестезии (симультанные), операции на сердце и легком из стернотомного доступа. У остальных, в 18 (16%) случаях, проводилась чрезкожная ангиопластика, которая проводилась перед легочной операцией, у 2 (1,8%) выполнялась операция реваскуляризации миокарда на работающем сердце из бокового торакотомного доступа, и у 3 (2,8%) выполнены последовательные операции сначала на сердце, затем на легком. Большинство пациентов — 84 (75%) — были мужчинами. Возраст всех пациентов находился в пределах 29–76 лет, средний возраст был 56 лет. Торакальная служба направила на оперативное лечение 77 (69%) пациентов, кардиохирургическая — остальных 35 (31%).

Все пациенты имели симптомы стенокардии, которые выражались в различной интенсивности болевом синдроме 106 (95%) или же имелись изменения, зафиксированные при нагрузочном тестировании, но пациент болей не ощущал — 6 (5%) пациентов. Кроме этого, у 3 (2,7%) пациентов имелось поражение аортального клапана (критический стеноз) и у 1 (0,9%) комбинированное поражение аортального и митрального клапанов. Первым этапом всегда была операция на сердце, которая выполнялась по различным методикам. Вторым этапом выполнялась легочная резекция. Здесь имелись некоторые особенности. У первых 18 прооперированных пациентов искусственное кровообращение прекращали сразу после окончания кардиохирургического этапа — проводилась деканюляция, инактивация гепарина. Легочный этап осуществлялся при нормально работающем сердце. Однако возникающие при этом технические сложности, связанные с расположением шунтов при полной нагрузке сердца, не позволяли в полном объеме выполнить лимфодиссекцию или осуществить резекцию легкого (особенно слева) и заставили отказаться от этой методики. Последующие 74 пациента оперировались на легком, когда искусственное кровообращение не останавливалось до окончания легочной резекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Из 112 пациентов 92 (82%) были прооперированы из полного, продольного стернотомного доступа. Из них доброкачественные образования выявлены у 7 (7,5%) пациентов: туберкулема — у 3 (3,2%), хондрома — у 2 (2,1%), у 1 (1,1%) — невринома справа и у 1 (1,1%) — лейомиома пищевода слева. У них выполнено 2 энуклеации хондромы из нижней доли слева и средней доли справа, 2 прецизионных удаления туберкулемы из C2 справа и C8 слева, в остальных случаях выполнены атипичные сегментарные резекции C10 слева и справа, язычковых сегментов слева при

помощи аппарата УО-60. При метастатическом поражении легкого из стернотомного доступа прооперировано 4 пациента из 9 — им всем выполнялись атипичные сегментарные резекции легкого. Удалена невринома грудной стенки и энуклеирована опухоль пищевода размерами 6 x 8 см с последующей пластикой пищевода. В большинстве случаев выполнялась лобэктомия — 91% всех резекций, из которых 54% справа. Бронхопластических операций выполнено 7 — это лобэктомия с циркулярной резекцией бронха. У 6 (86%) — это была верхняя лобэктомия, и только в одном случае — нижняя лобэктомия с анастомозированием левого ВДБ и ЛГБ. Длительность операции варьировалась от 2 ч. 50 мин. до 4 ч. 45 мин. Среднее время, затраченное на операцию, составило 3 ч. 10 мин. ± 15 мин. Кардиохирургический этап занимал в среднем 51 ± 17 мин. Время искусственного кровообращения составило 2 ч. 35 мин. ± 20 мин. В послеоперационном периоде было 3 случая хирургического кровотечения. В двух случаях источником явилась надкостница грудины, и в одном — сегментарная культа легочной артерии, с которой соскочила лигатура. Все были повторно прооперированы — кровотечения остановлены. Объем кровопотери составил от 400 до 900 мл. У 1 (1,1%) больного развился инфаркт миокарда, что потребовало проведения коронаро-шунтографии и выполнения реканализации шунта в связи с его острым тромбозом. У 2 (2,2%) в первые семь суток после операции развился ишемический инсульт, у одного из них в дальнейшем присоединилась двусторонняя пневмония, почечная недостаточность. Длительный сброс воздуха по дренажам (более 10 дней) был у 3 (3,2%) пац., что у одного потребовало установки дополнительного дренажа в плевральную полость. У 4 (3,2%) наблюдалась послеоперационная пневмония, при этом у 2 — единственного легкого, у 2 — двусторонняя. Стойкое нарушение ритма по типу мерцательной аритмии наблюдалось у 2 (2,2%) больных — было излечено медикаментозно. У одного больного развился неполный свищ культи нижнедолевого бронха справа, осложненного эмпиемой плевры, что потребовало дополнительного дренирования и интенсивной антибактериальной терапии. Свищ был извлечен к 29 суткам после его появления — он закрылся самостоятельно в результате проводимого консервативного лечения, остаточная полость была излечена. Таким образом, послеоперационные осложнения наблюдались у 13 (14%) пациентов, прооперированных из стернотомного доступа. Применительно к пациентам, пролеченным по поводу рака легкого, — уровень осложнений составил 13,5%. Интраоперационной летальности не было. Послеоперационная летальность составила 5 (5,4%). Общая 5-летняя выживаемость, рассчитанная методом Kaplan-Mayer среди больных раком легкого, составила 35%, медиана выживаемости — 41 месяц.

ВЫВОДЫ: Таким образом, выполнение одномоментных операций на сердце и легком при раке из стернотомного доступа в условиях искусственного кровообращения является эффективным методом хирургического лечения рака легкого и профилактики коронарной смерти у пациентов с тяжелой кардиальной патологией. Созданная система по отбору, обследованию, хирургическому лечению, дальнейшему диспансерному наблюдению больных с сочетанной сердечно-легочной патологией является основой для успешного лечения этих сложных пациентов.

МИ ПРАЦЮЄМО ДЛЯ ЖИТТЯ, ЯКЕ ВАРТЕ ТОГО ЩОБ ЙОГО ПРОЖИТИ!

Вибір професіоналів
для забезпечення повноцінного
клінічного харчування



Життєрятуючі розчини
для плазмозаміщення
та гемодилюції



Новий вимір
післяопераційної
тромбопрофілактики



Майбутнє
аналгетиків
вже сьогодні



ІНФЕЗОЛ® 40 № UA/0192/01/02 від 26.03.2009 до 26.03.2014, ІНФЕЗОЛ® 100 № UA/0192/01/01 від 12.12.2008 до 12.12.2012
РЕФОРТАН® № UA/6679/01/01 від 11.07.2007 до 11.07.2012, РЕФОРТАН® ПЛОС № UA/6680/01/01 від 11.07.2007 до 11.07.2012
РЕФОРТАН® НГЕК № UA/8741/01/02 від 31.07.2013, СТАБІЗОЛ® № UA/6685/01/01 від 11.07.2007 до 11.07.2012
ЦИБОР 2500 № UA/6624/01/01 от 26.06.2007 до 26.06.2012, ЦИБОР 3500 № UA/6625/01/01 от 26.06.2007 до 26.06.2012
ДЕКСАЛГІН 25 № UA/9258/01/01 от 22.01.2009 до 22.01.2014, ДЕКСАЛГІН 50 № UA/3764/01/01 от 09.11.2005 до 09.11.2010

 BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Представництво в Україні:
02098, Київ, вул. Березняківська, 29
тел.: (044) 494-3388, факс: (044) 494-3389

Ф. Хофманн-Ля Рош Лтд. №1 в онкологии*



терапия метастатического
немелкоклеточного рака легких и рака
поджелудочной железы



патогенетическая терапия
В-клеточных неходжкинских лимфом



терапия первой линии метастатического
колоректального рака и метастатического
рака молочной железы**



терапия HER-2 положительного
метастатического рака молочной железы



терапия рака молочной железы,
адъювантная терапия колоректального
рака, рака желудка



лечение костных метастазов при опухолевых
заболеваниях



Рекормон 30 000 МЕ – лечение анемии
у пациентов с онкологическими заболеваниями



профилактика нейтропении у пациентов,
 получающих химиотерапию



гранулоцитарный колониестимулирующий
фактор, лечение нейтропении



ТРАДИЦИИ
СОЗДАНИЯ
НОВЫХ
НАПРАВЛЕНИЙ

*Поиск Лекарств Региона, 09/2004
**Доказано в Ми, Юни, 2000 г 2008

000 «РОШ УКРАЇНА»
01030, г. Київ, ул. Б.Хмельницкого 19/21, БЦ «Леонардо», 10 этаж
Тел.: (044) 220 40 50, факс: (044) 220 40 51
WWW.ROCHE.COM.UA

UA.A.ONCO.03.10



Сила, продлевающая жизнь

Монотерапия Тарцевой показана пациентам с местно-распространенным или метастатическим немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) при неэффективности по крайней мере одного предшествующего режима химиотерапии.



 **Тарцева**
эрлотиниб

Доказанное увеличение
общей выживаемости

ЧП ЧПФ “АЦИНУС” ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ АПТЕКА №2

С 1998 года начала свою деятельность и вот уже более 10 лет полноценно функционирует ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ АПТЕКА фирмы “Ацинус”, которая обеспечивает стерильными растворами многие лечебно-профилактические учреждения Кировоградской области.

В настоящее время Аптека №2 выпускает более 20 наименований продукции, в том числе:

раствор глюкозы 5% 200 мл, 400 мл;
раствор натрия гидрокарбоната 3% 150 мл;
кислота аминокапроновая 5% 200 мл;
раствор новокаина 0,25% 200 мл;
раствор новокаина 0,5% 200 мл;
раствор кальция хлорида 1% 200 мл;
раствор фурациллина 0,02% 400 мл;
раствор борной кислоты 3% 400 мл;
раствор перекиси водорода 3% 100 мл;
раствор натрия хлорида 0,9% 200 мл, 400 мл;
раствор натрия хлорида 100% 200мл;
раствор калия хлорида 7,5% 100 мл.



г.Кировоград, переулок Крепостной 19-а, лицензия АВ №361850 выдана 11.10.2007г.
Государственной службой лекарственных средств и изделий медицинского назначения

Продукцию аптеки можно заказать по тел.:(0522) 33-80-54

www.acinus.org

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР “АЦИНУС”

-  КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ;
-  РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ;
-  ПАНТОМОГРАФИЯ;
-  ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ;
-  НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ;
-  УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ;
-  ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ;
-  ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ;
-  ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА;
-  МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ;
-  СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ.



г. Кировоград, ул. Карла Маркса, 65; тел.: 33-20-35, 15-62, 050 487 54 40, 050 03 03 103;
РАБОТАЕТ КРУГЛОСУТОЧНО БЕЗ ВЫХОДНЫХ СКОРЫЙ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ тел.: 15-62, 33-20-35, 050 487 54 40, 050 03 03 103;
ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ тел.: 15-62, 050 487 54 40, 050 03 03 103;
СЛУЖБА СПРАВКИ И ЗАКАЗА МЕДИКАМЕНТОВ
(наличие в аптеках, возможность заказа, описание медикаментов и их стоимость): тел.: 36-60-03
КОНСУЛЬТАЦИИ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ: www.acinus.org

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР “БОЛЬНИЦА СВЯТОГО ЛУКИ”

-  ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ;
-  ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЕЙШИХ ТЕХНОЛОГИЙ;
-  КРАТЧАЙШИЕ СРОКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ;
-  ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ И НЕВРОЛОГИЯ;
-  КАРДИОЛОГИЯ И КАРДИОХИРУРГИЯ;
-  ХИРУРГИЯ, ТРАВМАТОЛОГИЯ, ЛОР;
-  ОФТАЛЬМОЛОГИЯ.



Лицензия АВ №417555 от 19.06.2008г. МОЗУ



г. Кировоград, ул. Карла Маркса, 65; тел.: 33-20-35, 15-62, 050 487 54 40, 050 03 03 103;
РАБОТАЕТ КРУГЛОСУТОЧНО БЕЗ ВЫХОДНЫХ СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ тел.: 15-62, 33-20-35, 050 487 54 40, 050 03 03 103;
ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ тел.: 15-62, 050 487 54 40, 050 03 03 103;
СЛУЖБА СПРАВКИ И ЗАКАЗА МЕДИКАМЕНТОВ
(наличие в аптеках, возможность заказа, описание медикаментов и их стоимость): тел.: 36-60-03
КОНСУЛЬТАЦИИ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ: www.acinus.org



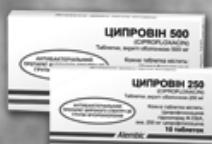
НІМЕГЕЗИК - високоселективний нестeroїдний протизапальний препарат.

Таблетки по 100 мг. Суспензія 60 мл.



ГЛІКОДИН - серія протизастудних ліків: сироп від кашлю та таблетки від застуди.

Сироп 100 мл. 4 таблетки у стрипі.



ЦІПРОВІН - антибактеріальний препарат широкого спектру дії

Таблетки вкриті оболонкою по 250 і 500 мг.



РОКСИД - антибіотик широкого спектру дії групи макролідів.

Таблетки вкриті оболонкою по 150 і 300 мг. Таблетки по 50 мг.



АЗИТРАЛ - антибіотик групи макролідів-азалідів широкого спектру дії.

500 мг ліофілізований порошок для приготування розчину для інфузій.
Таблетки вкриті оболонкою по 250 і 500 мг.



ЦЕФТРИАКСОН - бета-лактамний цефалоспориновий антибіотик III покоління.

1 г порошку для приготування розчину для ін'єкцій.



ЦЕФЕПІМ - бета-лактамний цефалоспориновий антибіотик IV покоління широкого спектру дії.

1 г порошку для приготування розчину для ін'єкцій.

100 Alembic
100 років на службі здоров'ю

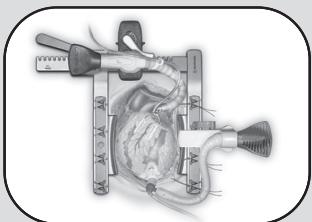


Medtronic

Кардиостимуляторы Sensia, Adapta, EnRhythm – сочетание физиологической стимуляции с автоматизмом функций, оптимальный набор дополнительных терапий для лечения и профилактики предсердных тахикардий, а также комплекс автоматических диагностики и специальных исследований по выбору в сочетании с эксклюзивным отчетом Cardiac Compass (динамика тяжести предсердных аритмий за 6 месяцев наблюдения) открывают новые возможности по эффективному ведению больных с аритмиями.



CARDIOBLATE система хирургической абляции на открытом сердце позволяет создавать эпикардиальные и эндокардиальные повреждения ткани. Использование радиочастотной ирригационной абляции является ключом для создания трансмуральных повреждений.



OCTOPUS стабилизатор ткани, который позволяет проводить операции аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце.



- расходные материалы для интервенционной кардиологии (стент-системы, баллонные катетеры, направляющие катетеры, проводники, интродюсеры, аспирационный катетер);
- клапаны сердца механические и биологические, кольца Карпентье;
- хирургические инструменты;
- канюли, оксигенаторы, магистрали;
- система аутотрансфузии AUTOLOG (реинфузия эритроцитарной массы);
- автоматический измеритель времени сворачивания крови ACT Plus;
- нейростимуляторы, шунты;
- хирургическая навигационная станция StealthStation. Модульный дизайн дают легкость в развертывании, гибкость и простоту в использовании;
- системы для хирургического лечения патологии позвоночника.

Украина, 03057,
г. Киев, ул. А. Довженко, 18
тел./факс: +38 (044) 502 68 33
тел.: +38 (044) 537 36 48
e-mail: info@cor-medical.com
www.cor-medical.com

KOR-Медікал
официальный дистрибутор Medtronic в Украине

УДК 616.24-006.6-08

69. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРХУШЕЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Порханов В. А., Поляков И. С., Кононенко В. Б., Коваленко А. Л.,
Данилов В. В., Нарыжный В. Н.

Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С. В. Очаповского —
Центр грудной хирургии

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: С 1989 по 2009 год был прооперирован 71 пациент с верхушечным раком легкого, в 40 случаях (57%) опухоль локализовалась справа и в 31 (43%) — слева. У пятидесяти трех пациентов (74%) были обнаружены инвазии в магистральные сосуды. Гистологически у всех обнаружен немелкоклеточный рак легкого. В сорока девяти (69%) случаях больные были оперированы через заднебоковой доступ, три — через шейно-стернотомный и 19 — через шейно-стerno-торакотомный доступ. Выполнено 5 (7%) пневмонэктомий, 49 (69%) лобэктомий, 17 (23%) атипичных резекций. Протезирований подключичной артерии — у 44 (61%) случаев и верхней полой вены — у 7 (10%). Средняя длина протеза составила 4,5 см. Всем пациентам проводилось предоперационное или послеоперационное химиолучевое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Интраоперационной летальности не было, послеоперационные осложнения составили 10%, летальность — 5%. Пятилетняя выживаемость при полной резекции составила 34%. С неполной резекцией три года прожил 21%.

ВЫВОДЫ: Комбинированное лечение верхушечной опухоли легкого является основой для получения хороших непосредственных и отдаленных результатов. Правильный отбор больных для оперативного лечения, адекватная поражению резекция позволяет получить хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения такой сложной патологии, как верхушечный рак легкого.

УДК 616.423-089: 616.24-006.6

70. СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДВУСТОРОННЯЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗА-Б СТАДИЕЙ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКИХ

Порханов В. А., Поляков И. С., Кононенко В. Б., Коваленко А. Л.,
Данилов В. В., Нарыжный Н. В.

Краевая клиническая больница № 1 — Центр грудной хирургии, г. Краснодар

Обнаружение у пациента IIIА — IIIБ стадии зачастую трактуется как противопоказание к оперативному лечению, хотя группа больных с медиастинальным поражением неоднородна С сентября 1991 по декабрь 2009 года из 6 629 прооперированных по поводу рака легкого для исследования рандомизировано 158 пациентов с НМРЛ и поражением медиастинальных лимфатических узлов. Средний возраст составил 60,5 лет. У 34% пациентов перед оперативным лечением проведена неоадъювантная химиотерапия. Всем пациентам выполнялась систематическая двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция из торакотомного (T) — 81 пациент и стернотомного доступов (S) — 77 пациентов с IIIБ стадия была у 9 (5,6%) пациентов. Пневмонэктомия выполнена в 71% случаев (112), у остальных — лоб- и билобэктомия. Минимальный срок наблюдения за больным составил 3 месяца. После оперативного лечения рTIIIБ обнаружена у 27 (17%) — при

торакотомном доступе у 6 (7,4%), при стернотомном у 21 (27%). Послеоперационные осложнения развились у 8,6% пациентов в группе Т и в группе S в 7,7% случаев (n. s.). Летальность составила 2,3% и 2,6% соответственно (n. s.). 5-летняя выживаемость при N₂ — 14% (Т) против 28% (S). 5-летней выживаемости при N₃ (Т) не было, а в группе прооперированных из стернотомного доступа — 10%. Лучшая выживаемость при N₂ поражении наблюдалась в группе, перенесшей неоадъювантную химиотерапию. Выполнение систематической билатеральной лимфодиссекции не ухудшает непосредственные результаты оперативного лечения, позволяет наиболее точно установить стадию лечения и выбрать оптимальный режим последующего лечения, что приводит к достоверному увеличению продолжительности жизни у пациентов с медиастинальным поражением лимфоузлов при немелкоклеточном раке легких. Проведение неоадъювантной терапии улучшает выживаемость пациентов с поражением лимфоузлов средостения.

УДК 616.329-089.844-06: 616.33-006.6

71. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ШУНТИРУЮЩИХ ПЛАСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПИЩЕВОДЕ У БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД

Притуляк С. Н.

Винницкий областной клинический онкологический диспансер

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: В Украине отмечается постоянное увеличение количества заболевших раком проксимальных отделов желудка с распространением на пищевод. У большинства этих больных на момент диагностирования заболевания выявляются нерезектабельные опухоли с выраженной дисфагией. Учитывая низкую эффективность общепринятых методик по восстановлению прохождения пищи, весьма перспективным нам представляется формирование обходных путей для пассажа пищи. Целью нашего исследования явилось изучение качества жизни больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод, которым, с целью устранения дисфагии, была выполнена симптоматическая операция — шунтирующая пластика пищевода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За период с 2007 по 2009 г. шунтирующие операции мы выполнили 59 больным раком желудка. Женщин было 8, мужчин — 51. Возраст больных находился в пределах от 35 до 80 лет (средний возраст — 64,4 года). У всех пациентов отмечали выраженную дисфагию (3-й и 4-й стадии), гиповолемию, гипотрофию или кахексию.

Диагноз рака у всех больных был верифицирован гистологически. Из числа первичных пациентов у всех была 4-я стадия заболевания.

В качестве оперативного доступа выполнялся комбинированный косой левосторонний торакоабдоминальный доступ. Для создания пищеводного шунта применяли тонкий кишечник с использованием кишечной петли или пластики по Ру. Формирование пищеводно-тонкокишечного анастомоза осуществляли по схеме «бок-в-бок» двухрядным узловым швом.

Инструментом для оценки качества жизни больных на этапах проводимого лечения был модуль EORTC QLQ-OG25 (пищеводно-желудочный), функциональная активность больных оценивалась по шкале Карновского.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Шунтирующая пластика тонкокишечной петлей выполнена 44 пациентам.

Шунтирующая тонкокишечная пластика по Ру была сделана 10 пациентам. У 5 пациентов был сформирован эзофагофондоанастомоз. Продолжительность операций на-

ходилась в пределах 1,5–2,5 часов. Послеоперационные осложнения развились у 4 больных (6,8%): эмпиема плевры из-за распада опухоли — у 1, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза — у 3. Двое пациентов с несостоятельностью анастомоза умерли (летальность — 3,4%). Функциональные результаты шунтирующих операций были удовлетворительными. Все пациенты получили возможность полноценного энтерального питания без каких-либо ограничений. Качество жизни достоверно улучшилось почти в 2 раза.

Однолетняя выживаемость больных составила 6,3%, медиана жизни — 8 мес.

ВЫВОДЫ: Шунтирующая пластика пищевода в лечении больных нерезектабельным раком желудка с распространением на пищевод является лечебным воздействием, наиболее полно отвечающим требованиям современной паллиативной медицины, характеризуется сравнительно невысокой частотой послеоперационных осложнений (6,8%) и летальностью (3,4%), создает условия для проведения дальнейшего специального лечения.

УДК [616.233-007.253+616.25-002.3]-089.844-06: 616.24-089.87

72. НОВЫЙ СПОСОБ ТОРАКОПЛАСТИКИ И МЫШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОМ СВИЩЕ И ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ ПОСЛЕ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ

Проценко А. В., Лукьянов Ю. В.

Кафедра онкологии Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Торакопластика остается важным и часто незаменимым способом лечения бронхиального свища и эмпиемы плевры после пульмонэктомии.

Поэтому на сегодняшний день эту операцию никак нельзя считать устаревшей. Торакопластика обычно дополняется мышечной пластикой. Торакомиопластические операции до настоящего времени остаются в арсенале торакальной хирургии, и задача их усовершенствования является актуальной.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Целью нашего исследования являлся анализ применения предложенного нами способа торакопластики и мышечной пластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Особенностью предлагаемого способа является создание возможности свободной резекции над остаточной полостью всех ребер, и особенно I ребра, а также условий сохранения всей длины мышечных лоскутов без их полного пересечения с целью полной тампонады эмпиемы без использования мышц. Из-за хронического воспалительного процесса в плевральной полости межреберные мышцы на стороне операции после удаления легкого в значительной степени атрофированы и рубцово изменены, поэтому их сохранение и использование для заполнения остаточной полости после пульмонэктомии, как правило, невозможно.

Преимущества данного способа можно объяснить следующими моментами: 1) использованием бокового доступа, что после мобилизации мышц (широкайшей, ромбовидной, мышц лопатки и передней зубчатой мышцы) на грудной стенке и резекции угла лопатки, позволяет выполнить удаление необходимого количества ребер, включая I ребро; 2) мобилизация мышц без их пересечения уменьшает операционную кровопотерю и позволяет сохранить кровоснабжение и иннервацию мышц, что важно для сохранения в последующем объема движений верхней конечности.

Предлагаемым способом торакопластика с мышечной пластикой была выполнена 9 пациентам с бронхиальным свищом и эмпиемой плевры после пульмонэктомии. Все больные были мужчины в возрасте от 37 до 66 лет. Пульмонэктомия слева была выполнена у 4 пациентов, справа — у 5. Показанием к пульмонэктомии в 8 случаях был рак

легкого, в одном — туберкулез. Перед повторной операцией свищ культи бронха сохранялся у 5 больных. У 2 больных свищ закрылся после проведения консервативного лечения, но сохранялась эмпиема плевры. Еще у одного больного эмпиема плевры развилась как самостоятельное осложнение без несостоительности культи главного бронха.

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: В раннем послеоперационном периоде умер один больной от острой сердечной недостаточности. На секции у него оказался не распознанный до операции обширный очаг постинфарктного кардиосклероза. Послеоперационный период в 8 случаях протекал без осложнений. Не было ни одного случая некроза мышц, реканализации свища культи бронха и рецидива эмпиемы плевры. Средняя продолжительность операции ($M \pm m$) составила 159 ± 14 мин., объем кровопотери — 450 ± 45 мл. Рентгенологическое исследование грудной клетки показало полную ликвидацию остаточной полости.

ВЫВОДЫ: Предлагаемый способ торакопластики и мышечной пластики позволяет удобно манипулировать на культе бронха и эффективно ликвидировать остаточную полость без большой кровопотери.

УДК 616.329-003.92-007.271-089.844-06:617-001.37

73. ТАКТИКА И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СУЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА

Пушкин С.Ю.¹, Белоконев В.И.², Ляс Н.В.³, Бенян А.С.¹, Решетов А.П.¹

¹ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина»

²ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»

³ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Улучшение результатов лечения пациентов с рубцовыми послеожоговыми структурами пищевода путем применения различных способов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведен анализ лечения 236 пациентов с рубцовыми структурами пищевода за период с 2004 по 2010 г. Женщин было 79, мужчин — 157, средний возраст составил 54 года (от 26 до 79 лет). Распределение пациентов по группам проводили согласно классификации рубцовых стенозов пищевода Г.Л. Ратнера, В.И. Белоконева (1972). В комплексном лечении больных использовались следующие методы: бужирование, дилатация, стентирование стенозов, реконструктивно-восстановительные операции. У 160 пациентов с 1-4 степенью стеноза пищевода проводили ортографическое и ретроградное бужирование в ранние сроки после ожога. У 47 больных при наличии структуры протяженностью менее 3-4 см выполнена рентгеноэндохирургическая дилатация. У 2 пациентов с сегментарной структурой нижней трети пищевода был установлен стент. Пластику пищевода выполняли при структурах протяженностью более 2/3 длины пищевода, при неэффективности других методик, при длительности заболевания более 10–12 месяцев. Абдоминоцервикальная резекция пищевода с пластикой желудочным стеблем выполнена 12 пациентам, пластика различными отделами толстой кишки — 8, операция типа Льюиса — 7.

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: Хорошие непосредственные и отдаленные результаты после бужирования пищевода получены у 121 (75,6%) пациента. После баллонной дилатации удовлетворительные результаты отмечены у 36 (76,6%) больных. Перфорация пищевода при нарушении техники выполнения при форсированном бужировании возникла у 1 (0,6%) и у 1 (2,1%) пациента при баллонной дилатации структуры. По-

сле пластики пищевода осложнения отмечены у 4 (14,8%) пациентов. Из общего числа больных от осложнений умерло 2 (0,8%) больных.

ВЫВОДЫ: Тактика лечения послеожоговых рубцовых структур пищевода зависит от уровня структуры, ее протяженности и срока после химического ожога. Основным методом лечения является бужирование. Дилатация пищевода показана больным с 1 и 2 степенями сужения пищевода протяженностью не более 3 см. Показания к реконструктивно-восстановительным операциям возникают при протяженных структурах у больных с 4 и 5 степенями сужения пищевода.

УДК 616-036.865: 616.24-089.87

74. РЕЗУЛЬТАТЫ ТРУДОВОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ

Радионов Б. В., Калабуха И. А., Волошин Я. М.

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины,
г. Киев

Показателями эффективности хирургического лечения являются не только достижение клинического выздоровления, но и восстановление социального положения больного в обществе, утраченного им в связи с болезнью. Критериями, определяющими реабилитацию оперированных больных, принято считать полное клиническое излечение, подтвержденное данными клинического, рентгенологического и функционального обследования, восстановление трудоспособности с сохранением прежней профессии или заменой ее равноценной, а также в ряде случаев повышением квалификации. Для детей и подростков такими критериями являются продолжение учебы, выбор соответствующей профессии наравне со здоровыми лицами и создание семьи. Следовательно, полное представление об уровне реабилитации у лиц, перенесших операцию, можно получить лишь после комплексного анализа клинических, профессиональных, социальных и психологических ее исходов.

Задачей настоящего исследования явилось изучение степени восстановления трудоспособности, учёт профессиональной ориентации и выявление факторов, влияющих на них, у 250 лиц, в отдаленные сроки после пневмонэктомии.

У обследуемых пациентов тщательно выяснялся их жизненный путь после перенесенной операции. Последняя применялась у лиц разного возраста, что не могло не отразиться на их дальнейшей судьбе. Поэтому для выяснения влияния возраста на дальнейший образ жизни и трудовую деятельность мы распределили больных на четыре группы.

Первую группу (89 человек) составили лица, оперированные в возрасте 6–13 лет. Вторая группа состояла из 62 человек, оперированных в подростковом возрасте 14–17 лет. Третья группа насчитывала 59 пациентов. Они перенесли операцию в 18–25 лет. И, наконец, четвертая группа, состоящая из 40 лиц, была оперирована в возрасте после 26 лет (табл. 1).

Изучение восстановления трудоспособности больных в отдаленные сроки после пневмонэктомии имеет актуальное значение, так как стойкая трудоспособность является одним из важнейших показателей эффективности оперативного вмешательства. В связи с этим нами изучена динамика трудоспособности оперированных лиц, зависимость трудоспособности в отдаленные сроки после пневмонэктомии от продолжительности заболевания до операции, а также от степени функциональных нарушений дыхания и кровообращения.

Таблица 1

Трудоспособность лиц в зависимости от их квалификации через 25–40 лет после пневмонэктомии

Пол	Специальность												Всего			
	Интеллектуальный труд				Квалифицированный труд				Среди не имевших специальности							
	Всего	из них			Всего	из них			Всего	из них			Всего	из них		
		трудятся	инвалиды	не работают		трудятся	инвалиды	не работают		трудятся	инвалиды	не работают		трудятся	инвалиды	не работают
Мужчины	37	35	-	2	54	42	8	4	30	7	12	11	84	20	17	
Женщины	47	39	-	8	31	19	4	8	51	7	7	37	65	11	53	
Итого:	абс.	84	74	-	10	85	61	12	12	81	14	19	48	149	31	70
	%	100	88,3	-	11,2	100	71,8	14,1	14,1	100	17,3	23,5	59,2	59,6	12,4	28,0

Данные анализа свидетельствуют, что чем продолжительнее были сроки заболевания до операции, тем длительнее период инвалидности. Из 42 больных с продолжительностью заболевания до 10 лет в отдаленные сроки трудоспособность восстановлена у 34, а 8 — остались инвалидами II группы. Из 24 больных с анамнезом свыше 10 лет у 17 человек восстановлена трудоспособность, а 7 — остались инвалидами II группы, в то же время у 34 больных с продолжительностью заболевания до 5 лет трудоспособность восстановлена полностью.

Объективными критериями трудоспособности оперированных лиц являются показатели функции внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы. По нашим данным, клинически определяемая степень дыхательной недостаточности и резерв дыхания, выраженные в процентах, являются объективными показателями трудоспособности оперированного. Неработающими оказались оперированные лица со снижением резерва дыхания более чем на 25%, дыхательной недостаточностью II степени и при снижении ЖЕЛ/ДЖЕЛ более чем на 50%. Потеря трудоспособности наблюдалась в основном также при наличии клинических признаков легочного сердца, которые появлялись и на ЭКГ.

Из 149 оперированных больных, которые приступили к работе после операции, 49 (32,8%) сменили характер трудовой деятельности по различным причинам, которые были связаны с заболеванием или последствием операции. Из 66 оперированных, занятых физическим трудом, сменили профессию 31 (46,9%), из 73 занятых умственным трудом — 15 (20,5%).

Профессиональная трудоспособность в группе 66 рабочих восстановлена и сохранена у 24 (36,3%). Среди 54 служащих профессиональная трудоспособность не была утрачена у 87,3%, в том числе среди инженерно-технического персонала — у 17, у 8 учителей, у 3 медицинских работников, у 26 административно-хозяйственного персонала. Из 26 колхозников профессиональную трудоспособность сохранили 8 (30,7%), в том числе 2 занимающихся физическим трудом и 6 — счетно-хозяйственных работников.

Таким образом, профессиональная трудоспособность была восстановлена у 93 (68,3%), изменили профессию 31,7% работающих. Среди колхозников эти показатели равнялись 63,1% и 26,9%; служащих — 87,3% и 12,7%.

Из 250 наблюдаемых нами больных в отдаленные сроки после пневмонэктомии трудоспособность оказалась восстановленной у 149 (59,6%) больных, в том числе у 68,3% — профессиональная, 31,7% больных сменили прежнюю профессию на более легкую. Инвалидами II группы остались 31 (12,4%) больной. Инвалидизация больных после пневмонэктомии находилась в прямой зависимости от длительности заболевания до операции, послеоперационных осложнений и функционального состояния единственного

легкого. Стойкий клинический эффект достигнут у 60,8% больных при сроках наблюдения от 25 до 40 лет.

Из 126 находившихся под наблюдением оперированных женщин у 41 (32,5%) были нормальные роды, причем у 11 — от двух до четырех родов, не вызвавшие ухудшения общего состояния. В сводной табл. 1. отражены данные о трудовой деятельности у наблюдавших лиц к настоящему времени в зависимости от их профессии и квалификации.

Таким образом, из наблюдавших нами 250 больных в отдаленные сроки после пневмонэктомии трудоспособность восстановлена у 144 (59,6%) больных, в том числе у 68,3% — профессиональная, 31,7% больных сменили прежнюю профессию на более легкую, не связанную с физической нагрузкой.

Инвалидизация больных после пневмонэктомии находится в прямой зависимости от длительности заболевания до операции, послеоперационных осложнений и функционального состояния единственного легкого. Инвалидами II группы остались только 31 (12,4%) больной.

В отдаленные сроки после пневмонэктомии необходимо рациональное трудоустройство пациентов с адаптацией к физической нагрузке и учетом степени компенсации дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

УДК 617.541-089-06

75. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Радионов Б. В., Калабуха И. А., Савенков Ю. Ф., Хмель О. В.

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина

С целью прогнозирования и предупреждения возможных интраоперационных осложнений выполнен анализ 3 410 операций на легких и грудной стенке, выполненных за последние 30 лет в ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского АМН Украины» и Днепропетровском ОККЛПО «Фтизиатрия» МЗ Украины.

Среди 177 возникших интраоперационных осложнений больше всего (19,2%) их наблюдалось при заключительных операциях по поводу свищей культи бронха после пневмонэктомии. 55,9% всех интраоперационных осложнений приходилось на операции, связанные с удалением легкого.

При сегментэктомии особенно важным считаем соблюдение принципа анатомической радикальности, согласно которому при моно- и бисегментарных резекциях оставление даже небольшого поражения, сопредельно с удаляемым сегментом, нежелательно. Использование этой методики несложно, однако в 20–30% случаев наблюдаются осложнения в раннем послеоперационном периоде с летальностью 1,5%. Общими причинами таких мало удовлетворительных результатов являются оперативно-технические ошибки при выполнении этих операций. Главные из них: желание выполнить максимально экономическую резекцию там, где она не показана; травматизация специфических очагов, которая приводит к реактивации туберкулеза и диссеминации процесса; применение ушивающих аппаратов в зоне повышенной опасности (прикорневой области); желание хирурга ограничиться экономной резекцией вместо выполнения типичной лобэктомии при патологическом образовании в прикорневой зоне; несоблюдение правил использования ушивающих аппаратов; нарушение проходимости в результате ошибочной или вынужденной перевязки сосудов ввиду технических трудностей или ошибки хирурга.

Интраоперационные осложнения при выполнении лобектомии (3,2%) распределились следующим образом: повреждение артериальных стволов корня легкого; повреждение венозных стволов корня легкого; повреждение и нарушение проходимости бронхиальных стволов корня легкого. В патогенезе остаточных полостей после резекции легкого наблюдались три основные причины: несоответствие размеров остатка легкого и плевральной полости, негерметичность легкого, неадекватность дренирования. При прочих равных условиях (объем резекции, состояние легочной ткани и т. п.) одной из причин возникновения остаточной плевральной полости был неоптимально выбранный вариант обработки корня легкого.

Анализ свыше 1000 случаев пневмонэктомии за последние 35 лет (49% больных деструктивным туберкулезом, 32% — раком легкого, и 19% — хроническими гнойными заболеваниями легких) позволил сделать обобщающие выводы о частоте интраоперационных осложнений и летальности в зависимости от вида операции.

Среди 26 осложнений, которые развились в результате первичных плановых пневмонэктомий, 4 (15,9%) стали основой послеоперационных осложнений.

Выполнение плевропневмонэктомии в 26,9% случаев сопровождалось интраоперационными осложнениями, половину из которых составили вскрытие мешка эмпиемы (10) и каверны (2). Массивное инфицирование плевральной полости во время операции привело к развитию послеоперационной эмпиемы в 21,4% случаев. Интраоперационное ранение крупных сосудов средостения и корня легкого составило 5,1%, в одном случае оно привело к интраоперационной летальности. В целом, из 21 интраоперационного осложнения плевропневмонэктомии 5 (23,8%) стали основой развития тяжелых послеоперационных осложнений.

Осложнения заключительной пневмонэктомии возникли у 32 больных (19,5%) при летальности 2,2%. Доминирующим риском заключительной пневмонэктомии были ранения сосудов корня легкого или средостения (7,6%) и надрывы паренхимы легкого с кровотечением (5,1%). Ранение непарной вены наблюдалось у 4 больных с одним летальным интраоперационным результатом. Ранение верхней полой вены было в 1 случае, у 4 больных было повреждение ветвей легочной артерии. Вся интраоперационная летальность в этой группе больных была обусловлена именно этими осложнениями. Выраженные нарушения анатомии, фиброзно-склеротические деформации корня легкого, наличие лигатур предыдущих операций наблюдались у 29,6% оперированных больных, что вынудило к трансперикардиальной обработке сосудов. Травматичность заключительной пневмонэктомии также характеризовалась значительным объемом интраоперационной кровопотери. В целом, 10 интраоперационных осложнений (43,4%) стали основой развития разных послеоперационных нарушений.

Осложнения в ходе расширенной пневмонэктомии при раке легкого возникли у 20 (5,9%) больных. Наиболее часто отмечались повреждения сосудов корня легкого, в частности ветвей легочной артерии (8) и верхней легочной вены (3).

Свищ главного бронха является, по сути, новой болезнью, вызывающей разные тяжелые осложнения, которые приводят к смерти до 70% больных.

Из 34 правосторонних трансстернальных реампутаций интраоперационные осложнения возникли у 38,8% больных. Всем пациентам с правосторонней локализацией свища окклюзия выполнялась через аортокавальное, перикардиальное, сердечно-перикардиальное пространство с обязательной реампутацией культи правой ветви легочной артерии. При левостороннем варианте (38 больных) операция выполнялась по трансперикардиальному пути в левом аортаовенозном сердечно-перикардиальном пространстве с реампутацией культи верхней легочной вены. Интраоперационные осложнения возникли у 12 больных (31,5%). У одного больного интраоперационное осложнение устраниить не удалось: он умер от кровотечения из культи легочной артерии. Другие осложнения были устранены по ходу операции. В послеоперационном периоде у 18 больных (47,3%) наблюдалось 22 разных осложнения, то есть у части пациентов развилось одновременно или последовательно несколько осложнений, часть из которых были взаимозависимы и взаимообусловлены.

Из числа 58 трансплевральных реампутаций культи главного бронха у больных хронической постпневмонектомической эмпиемой плевры разные осложнения возникли в 6 (10,3%) случаях. Наиболее частыми и опасными были: повреждение культи левой ветви легочной артерии — 3 (10,0%), ранение v. azygos — 1 и a. bronchialis — 1, то есть ранение сосудов разной локализации отмечалось у 8,6% оперированных больных. Травма возвратного нерва, которая привела к параличу голосовых связок, возникла в одном случае. Все осложнения устраниены своевременно, повторных операций и интраоперационной летальности не было. На госпитальном этапе умерло 4 (6,9%) больных: в результате легочно-сердечной недостаточности — 2; от аспирационной пневмонии на фоне острой эмпиемы с бронхиальным свищем — 1 и от арозивного внутривенного кровотечения на фоне острой эмпиемы — 1. В целом следует отметить тот факт, что осложнения чаще (в среднем на 10–30%) развивались при короткой культе и выраженной деформации грудной стенки, что характеризует наличие указанных особенностей как дополнительные факторы риска возникновения послеоперационных осложнений.

На основе проведенного анализа предлагается классификация интраоперационных осложнений, использование которой, по нашему мнению, позволяет выделить наиболее критические моменты выполнения различных операций, предвидеть и предупредить возможные варианты неблагоприятного развития операционной ситуации и, тем самым, свести к минимуму риск возникновения указанных осложнений.

УДК 617.54/55-089:616-089.5

76. КОНЦЕПЦИЯ «БЕССТРЕССОВОЙ АНЕСТЕЗИИ» В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Рожко В. И.¹, Суховерша О. А.², Чернокнижная Н. В.¹, Фурдаленко Н. С.¹

¹ КУ «11 городская клиническая больница», г. Днепропетровск

² Днепропетровская государственная медицинская академия

В настоящее время формируется концепция «бесстресовой анестезии», основой которой является полная блокада афферентной импульсации на нескольких уровнях ЦНС: рецепторов, проводящих путей, спинного мозга, подкорковых и корковых структур головного мозга — путем использования различных видов регионарной анестезии в сочетании с общим обезболиванием.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: разработка методики «бесстресской анестезии», при которой достигается наиболее полная блокада афферентной импульсации на нескольких уровнях ЦНС, при больших и травматичных оперативных вмешательствах на органах грудной и брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведен анализ результатов анестезии у 82-х пациентов (67 женщин, 15 мужчин), перенесших реконструктивные операции на органах грудной и брюшной полости. Средний возраст больных составил $60,2 \pm 3,1$ года. Средняя продолжительность вмешательства — 155 ± 15 минут. Операционно-анестезиологический риск соответствовал II–III классу по классификации ASA.

Всем пациентам проводилась лечебная и профилактическая премедикация. Основой анестезиологического обеспечения являлось проведение регионарных методик (комбинированная спинально-эпидуральная анестезия или продленная эпидуральная анестезия) в сочетании с общей анестезией.

Поддержание анестезии осуществлялось эндотрахеальной подачей ингаляционных анестетиков (севофлюран, флуотан, в сочетании с закисью азота или кислорода) методом низкоточечной вентиляции. Для эффективного удаления соматического компонента послеоперационной боли проводилась инфильтрационная анестезия с использованием

местных анестетиков в зоне предполагаемого разреза (0,25% раствор бупивакaina, 1% раствор лидокаина). Предварительная блокада кожных рецепторов значительно уменьшала интенсивность боли в области послеоперационной раны в послеоперационном периоде.

Осложнений и летальных исходов при проведении анестезии в предлагаемом варианте отмечено не было. Общее количество использованных обезболивающих препаратов в послеоперационном периоде было сокращено в 1,3-1,5 раза.

ВЫВОДЫ:

1. Комбинация регионарной и общей анестезии является безопасной, экономически выгодной и хорошо управляемой, поскольку позволяет достичь практически полной блокады афферентной импульсации, снизить общие дозы вводимых препаратов.

2. Предупреждающее обезболивание зоны разреза местными анестетиками позволяет стабилизировать гемодинамику в послеоперационном периоде, уменьшить уровень послеоперационной боли и некоторые показатели неспецифической воспалительной реакции.

УДК 616.74-009.17-085

77. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ

Рожко В. И.¹, Суховерша А. А.², Чернокнижная Н. В.¹, Фурдаленко Н. С.¹,
Постоленко Т. В.¹

¹ КУ «Городская клиническая больница № 11» г. Днепропетровска,

² Днепропетровская государственная медицинская академия

Актуальной проблемой в лечении больных миастенией остается определение места и роли эфферентных методов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: повышение эффективности комплексного лечения больных миастенией путем оптимизации методики эфферентной терапии (ЭТ) в различных ее вариантах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Основным методом ЭТ у больных миастенией является плазмаферез (ПФ), в разных его формах и сочетаниях с другими методами. За период 2000–2010 гг. методика ПФ применена у 32 больных. У 9 пациентов была использована методика каскадного фильтрационного ПФ (КФПФ), с замещением удаляемой плазмы (600–900 мл/сеанс) кристаллоидами и коллоидами. При этом ПФ, в сочетании с базисной интенсивной терапией и внутривенными введениями иммуноглобулинов в дозе 0,2–0,4 г/кг ежедневно, в течение трёх или пяти дней получали три пациента. Еще у 3-х больных КФПФ дополнялся трехдневным курсом пульс-терапии кортикоステроидами (солу-медрол 500–1000 мг).

Прямое удаление антител с помощью КФПФ, дополненное иммунотерапией, приводит к значительному снижению содержания патологических аутоантител и ингибиторов в крови, содержания ЦИК в 1,7–2 раза, и эффект этот превышает период жизни этих иммуноглобулинов, что говорит о более существенной регуляторной коррекции патологических аутоиммунных процессов в организме больных. Такая методика позволяет быстрее переводить больных с ИВЛ на спонтанное дыхание, но обязательно требует закрепления повторными сеансами. При интенсивном ПФ достигался лучший результат в лечении миастенических кризов, так же целесообразно проводить его и перед операцией тимэктомии. Для полноценной санации обычно требуется 4-5 сеансов ПФ, за которые удаляется в общей сложности 1,0–1,5 ОЦП. Интервалы между процедурами составляют 1-2 дня. При таком режиме не наступает каких-либо существенных сдви-

гов основных компонентов внутренней среды. Вновь образованные клеточные и гуморальные элементы гомеостаза в «освежённой» среде, лишённой «токсического пресса» удалённых патологических продуктов, более длительно сохраняют присущие им естественные функции и свойства. После сеанса ПФ наблюдается значительное снижение концентрации патологических продуктов, однако уже через несколько часов содержание их в крови приближается к исходному уровню. Это свидетельствует о поступлении в кровь веществ, находившихся до того в интерстиции или даже в клетках. Последующие сеансы ПФ способствуют удалению и этих веществ, что приводит к более полноценной санации всей внутренней среды, учитывая, что основная часть вредных продуктов находится во внесосудистых пространствах.

Целесообразным представляется включение в план лечения обострений и миастенических кризов пульс-терапии глюкокортикоидами, оказывающими блокирующее действие на антитела, осуществляющие абсорбцию комплемента, подавление продукции собственных ИГ, блокаду рецепторов, стимуляцию супрессивных клеток, ингибицию пролиферации лимфоцитов. Перспективы видятся и в использовании специфической IgG-иммуносорбции с целью удаления антител к ацетилхолиновым рецепторам.

ВЫВОДЫ:

1. Оптимальной методикой ЭТ для больных миастенией следует считать КФПФ. Для достижения результата требуется 4-5 сеансов КФПФ, за которые удаляется в общей сложности 1,0–1,5 ОЦП. Интервалы между процедурами составляют 1-2 дня.
2. Целесообразно сочетание ЭТ с пульс-терапией глюкокортикоидами и введением иммуноглобулина.

Перспективной представляется специфическая IgG-иммуносорбция с целью удаления антител к ацетилхолиновым рецепторам.

УДК 616.438-089.87: 616.74-009.17

78. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ

*Рябченко Е. В.², Суховерша А. А.¹, Белозорова А. К.², Бородина И. А.²,
Василишин А. В.², Новиков С. П.², Дубова В. Н.*

¹ Днепропетровская государственная медицинская академия,

² КУ «Городская многопрофильная клиническая больница № 4»

г. Днепропетровск

Тимэктомия — наиболее эффективный метод лечения миастении, приводящий к стойкой ремиссии у 60%–80% случаев. Существующее нарушение нейромышечной проводимости у больных является серьезной проблемой при проведении анестезии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оптимизация предоперационной подготовки, проведения анестезии и послеоперационного периода у больных миастенией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За период с 1992 по 2010 г. в клинике оперировано 92 больных миастенией, в возрасте от 17 до 72 лет. Пациентам проводились стандартные общеклинические исследования, электромиография, КТ ОГП. У ряда больных на этапах лечения использовались эfferентные методы. При тимэктомии использовалась комбинированная внутривенная анестезия с ИВЛ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Основной задачей предоперационной подготовки было достижение максимально возможной стабилизации состояния пациентов путем адекватного подбора антихолинэстеразных препаратов (АХЭП), коррекции их дозы, гормонотерапии (преимущественно по пульс-схеме). В 17 случаях проведен плазмаферез, с восполнением коллоидными препаратами гидроксиэтилкрахмала, электролитными растворами, 10% альбумином, лактопротеином. Эфферентные методы лечения сочетались с приемом кортикостероидов, препаратов калия и калий-сберегающих диуретиков.

Общий объем перфузируемой жидкости составлял до 150% удаленной плазмы, а кратность в среднем составляла 3–5 сеансов через день.

Премедикация заключалась в отмене утренней дозы АХЭП в день операции. Снотворные и седативные препараты не назначались из-за центрального миорелаксирующего эффекта. Оптимальной для анестезии считаем комбинацию пропофола с фентанилом, у субкомпенсированных больных — в сочетании с кетамином. Применение пропофола позволяет не использовать миорелаксанты на этапе интубации трахеи и наркоза. Такой вид обезболивания обеспечивает быстрый выход из наркоза с минимальной остаточной депрессией дыхания.

Средняя длительность послеоперационной ИВЛ составила от 4–5 часов до нескольких суток. В отдельных случаях (8 наблюдений) ИВЛ продолжалась в течение 7–10 суток. Как правило, зона комфорта у всех больных на начальных этапах находилась в пределах режима выраженной гипервентиляции с постепенным переходом к нормовентиляции. В первые 2–3 суток АХЭП назначались парентерально в комбинации с глюкокортикоидами (150% от дооперационной дозы) с обязательной атропинизацией. Положительным считаем раннее применение таблетированных форм АХЭП, учитывая их пролонгированный период полувыведения. Для коррекции водно-электролитного состояния использовали растворы Хартмана без магния и глюкозо-калиевую смесь. Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности микрофлоры бронхиального секрета. Антибактериальные препараты, угнетающие нервно-мышечную проводимость, не использовали (аминогликозиды, фторхинолоны, клиндамицин). В случаях угрозы развития миастенического или холинергического криза обосновано своевременное применение плазмафереза. Наиболее типичными осложнениями были пневмонии (10,9%), летальность составила 1,09%, средний послеоперационный день — 14–17 дней.

ВЫВОДЫ:

1. Предоперационная подготовка у больных миастенией предусматривает максимально возможную медикаментозную компенсацию заболевания, с использованием АХЭП, гормонов и эfferентных методов.
2. Оптимальным методом анестезии является сочетание легко управляемых анестетиков (пропофол + фентанил), не вызывающих в послеоперационном периоде длительной депрессии дыхания. Использование миорелаксантов должно быть минимализировано и допустимо у пациентов с нерезко выраженными нарушениями нервно-мышечной проводимости
3. В послеоперационном периоде целесообразно использование эfferентной терапии и раннего перехода на таблетированные формы АХЭП.

УДК 616.24-002.5-089:616-036.22

79. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ

Секела М. В., Кошак С. Ф., Томашевський В. В., Максимович М. М.,
Мотрук Ю. В.

Львівський регіональний фтизіопульмологічний центр

ВСТУП: З 1995 року Україна живе в умовах епідемії туберкульозу.

МЕТА: Вивчення особливостей діагностики та хірургічного лікування хворих з туберкульозом легень (ТБЛ).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Проведено ретроспективний аналіз оперативного лікування 921 пацієнта з ТБЛ за 2002–2009 роки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: За період аналізу в 1 торакальному відділенні центру лікувалось 1 623 хворих з туберкульозом легень, віком від 18 до 80 років. Чоловіків

було 1 323 (81,5%), жінок — 300 (18,5%). Оперовано 921 (56,75%) хворого, виконані наступні оперативні втручання: пульмонектомії — 15, лобектомії — 30, білобектомії — 19, сегментарні резекції — 116, торакопластики — 24, декортикації з плевректоміями — 27, дренувань плевральної порожнини — 660. Невідкладні абдомінальні операції, які виконані у хворих з ТБЛ, були наступні: туберкульоз кишківника з перфорацією і перитонітом — у 23 хворих; гостра кишкова непрохідність — у 15, перфоративна виразка шлунка і дванадцяталої кишкі — у 12; неспецифічний виразковий коліт з перфорацією і перитонітом — у 8; апендектомія — у 13. Серед оперованих хворих констатовано наступні ускладнення: нагноєння післяопераційної рани — у 21 (2,28%) випадків; загострення хронічних обструктивних захворювань легень — у 56 (6,1%); активізацію туберкульозного процесу — у 58 (6,3%); недостатність кукси головного бронха — у 1 (6,67%); внутрішньоплевральну кровотечу — у 3 (1,14%); гостру серцево-судинну недостатність — у 38 (4,13%) пацієнтів. Померло 56 (6,08%) чоловік: після пульмонектомії — 2 (один — внутрішньоплевральна кровотеча, один — недостатність кукси головного бронха, емпіема плеври); після білобектомії — 3 (два — декомпенсація хронічного легеневого серця, один — прогресування тубпроцесу на протилежній стороні), після дренування тубемпієм — 28 хворих (10 осіб до 1 доби від поліорганної недостатності, 18 чоловік — від прогресування двобічного тубпроцесу). 31 (3,79%) чоловік померли після торакальних операцій, а 25 (24,5%) осіб померли після загальнохірургічних операцій (102): тубперитоніти — 15 (65,22%) із 23, гостра кишкова непрохідність — 6 (40,0%) із 15 хворих, ушивання перфорації виразки шлунка та дванадцяталої кишкі — 4 (33,33%).

ВИСНОВКИ:

1. Відмічається тенденція до збільшення кількості осіб з деструктивним туберкульозом і емпіемою плеври — 660 (40,66%), а також з абдомінальними ускладненнями ТБЛ.
2. Необхідно впроваджувати більш ранні терміни для можливого оперативного лікування у хворих з туберкульозом легень до розвитку незворотніх змін (декомпенсації) в інших органах і системах організму: вперше діагностований ТБЛ необхідно оперувати після 4–6 місяців хіміотерапії при відсутності позитивної динаміки в ділянках легеневої деструкції.

УДК 617.54-089.5

80. ПРОСПЕКТИВНЕ РАНДОМІЗОВАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОЛОНГОВАНОЇ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ДЛЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ЗАГАЛЬНІЙ ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Соколов В. В.¹, Дубров С. О.²

¹ Київська міська клінічна лікарня № 17

² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Вивчення ефективності застосування пролонгованої паравертебральної анестезії після планових невідеоендоскопічних загальних торакальних оперативних втручань.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: З лютого 2009 по березень 2010 року ми вивчили ефективність застосування пролонгованої паравертебральної анестезії у порівнянні з парентеральними опіоїдами після планових невідеоендоскопічних загальних торакальних оперативних втручань.

В дослідження включили 60 послідовно госпіталізованих пацієнтів з хірургічними захворюваннями органів грудної клітки. Хворі були рандомізовані на дві групи по 30 пацієнтів. Чоловіків було 38, жінок — 22. Вік хворих коливався від 22 до 79 років (середній 53,3 роки). Операції виконані з приводу раку легенів (34), метастатичного ураження легенів (6), доброкісних пухлин легенів (2), пухлин середостіння (8), туберкульозу (8) та лейоміоми стравоходу (2). Всі операції виконані шляхом стандартної бокової торакотомії із збереженням м'язів.

У 38 випадках операції виконані з правого боку та у 22 — з лівого. Обидві групи були співставні за статтю, віком та тяжкістю загального стану (який оцінювали за шкалою АРАСНЕ-II). В дослідження не включали хворих, які мали анамнез застосування наркотиків. Хворим дослідницької групи, перед зашиванням міжреберного проміжку, в паравертебральну зону субплеврально встановлювали катетер протягом двох міжреберних проміжків вище та нижче проміжку доступу. Кінець катетера виводили на шкіру.

Протягом 72 годин в катетер вводили бупівакайн 0,25% 0,1 мл/кг/год. Пацієнтам контрольної групи застосовували комбінацію декскетопрофену (150 мг на добу) та морфіну (на вимогу). Первінним показником для оцінки була інтенсивність болі за візуальною аналоговою та цифровою рейтінговою шкалами. Вторинними показниками були відсоток хворих, у яких паравертебральна блокада була ефективною, кількість днів катетеризації сечовивідніх шляхів, необхідність додаткового введення наркотичних або ненаркотичних анальгетиків та ускладнення лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Середній показник інтенсивності післяопераційного болю склав 3,2 (0 — немає болю, 10 — найгірший можливий біль за 10-балльною шкалою). Не було виявлено різниці між групами в інтенсивності болю. Показник шкал також не відрізнявся між жінками та чоловіками. При вивчені вторинних показників паравертебральна блокада була ефективною у всіх пацієнтів. 17 пацієнтів не вимагали додаткового парентерального введення ніяких знеболюючих. 6 пацієнтам додатково вводився морфін. Решта (7) пацієнтів вимагала додаткового введення лише декскетопрофену. Загальна кількість днів лікування морфіном була достовірно нижче в дослідницькій групі ($p < 0,01$). Кількість днів знаходження у ВРІТ не відрізнялась між групами. 5 пацієнтів контрольної групи, внаслідок неспроможності самостійного сечовиділення, в ранньому післяопераційному періоді вимагали постановки катетера Фолея із загальною кількістю 5 діб катетеризації проти 0 діб — в дослідницькій групі. Не спостерігалось жодних ускладнень, пов'язаних із токсичністю бупівакайну при субплевральному його введенні. У 22 пацієнтів контрольної групи спостерігались нудота та блювання.

ВИСНОВКИ: Пролонгована паравертебральна блокада є ефективним та безпечним методом післяопераційного знеболення хворих після загальних торакальних хірургічних втручань, який дозволяє достовірно знизити кількість опіоїдів або взагалі відмовитись від їх застосування в післяопераційному періоді у даного контингенту хворих. Проведене дослідження також демонструє переваги застосування даної методики стосовно необхідності випорожнення сечового міхура та розвитку нудоти і блювання у пацієнтів дослідницької групи. Запропонована методика може бути застосована при неможливості встановлення периурального катетера або на тлі проведення антикоагулянтної терапії. Методика також вимагає зацікавленості хірурга в її проведенні.

81. СТОРОННІ ТІЛА ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЇХ УСКЛАДНЕННЯ

Сокур П. П., Сергієнко А. В., Сніжко В. І., Кравчук Б. О., Серденко Б. Б.

Кафедра торакальної хірургії та пульмонології НМАПО ім. П. Л. Шупика

Наш досвід лікування за період з 1976 р. складає понад 3 500 постраждалих із сторонніми тілами дихальних шляхів, з них 97% були діти. Хірургічне лікування застосовано у 56 пацієнтів. Органозберігаючі операції (бронхотомії, пневмотомії) — у 43 хворих, типові резекції частки легені (сегментектомії, лобектомії) виконані у 13.

Локалізація: гортань — 4%, трахея — 12%, бронхи — 84%, з них двобічна локалізація — у 16%.

Ускладнення сторонніх тіл: спазм голосових зв'язок, асфіксія, ателектаз, пневмонія, абсцес легені, емпіема плеври, піопневмоторакс, легенева кровотеча, міграція стороннього тіла в паренхіму легені, черевну порожнину з перитонітом, бронхостенози, бронхоктазії.

Сторонні тіла гортані: Гострий початок, стридор, інспіраторна задишка, ціаноз, приступоподібний коклюшеподібний кашель, осипливість голосу, афонія, кровохаркання.

Аускультивно: рідко — хрипи, жорстке дихання.

Сторонні тіла трахеї: Приступоподібний тривалий лаючий кашель, інколи блювота. Гостре порушення дихання, ціаноз, загрудинний біль. Симптом «хлопка», флотація при аускультації. Балотуючи сторонні тіла при переміщенні можуть закрити голосову щілину і при фіксації в гортані призводять до асфіксії. Вентильний механізм характерний періодом тимчасового благополуччя, потім приступом погіршення стану, асфіксії. Аускультивно: хрипи в легенях.

Сторонні тіла бронхів: Клінічні прояви обумовлені проходженням стороннього тіла через гортань, трахею і відповідними клінічними ознаками.

1. Період гострих респіраторних порушень
2. Латентний період до 5–7 діб.
3. Період ускладнень

3 ступені обтурації бронхів:

1. Часткова обтурація бронха.
2. Клапанний тип обтурації бронха.
3. Повне перекриття прохідності бронха.

Аускультивно: Хрипи в легенях, послаблене або відсутнє дихання на сторонні СТ.

Діагностика:

Рентгенологічні методи:

- обзорна і бокова рентгенографія легень
- томографія
- комп'ютерна томографія
- бронхографія

Ендоскопічні методи:

- пряма ларингоскопія
- фібробронхоскопія
- ригідна бронхоскопія

Ускладнення та технічні помилки при ендоскопії:

- травма зубів, голосових зв'язок
- аспірація шлункового вмісту
- набряк голосових зв'язок та підскладкового простору
- неадекватний підбір трубок бронхоскопу
- кровотечі
- перфорації трахеї, бронхів

- пневмоторакс
- медіастінальна емфізема
- реакція на анестетики

Хіургічне лікування:

Невідкладне: по життєвим показам — кровотечі, перфорація трахеї, бронхів. Напружений пневмоторакс, вклинення СТ.

Планове: неможливе видалення СТ з розвитком хронічних запальних ускладнень (бронхоектази, фіброз).

Основні положення при наданні медичної допомоги при СТ та їх ускладненнях:

1. Підготовка кваліфікованих спеціалістів.
2. Забезпечення цілодобового надання невідкладної допомоги кваліфікованими лікарями.

3. Організація бронхологічного кабінету та необхідної ендоскопічної і наркозної апаратури з метою цілодобового надання невідкладної допомоги при СТ.

4. Забезпечення бронхологічного кабінету (цілодобово) стерильним інструментарієм для виконання трахеотомії та пункциї і дренування плевральної порожнини (на випадок пневмотораксу).

5. Стационарне лікування хворих з ускладненнями до їх видужання.

УДК 616.24-006.6-089: 615.849

82. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКИХ

Спиженко Ю. П., Бобров О. Е., Чеботарева Т. И., Леонович А. Л.,
Лещенко Ю. Н., Шараевский О. А., Лучковский С. Н.

Центр онкологии и радиохирургии «Киберклиника Спиженко», Украина

С 10 сентября 2009 года в Украине используется комплекс «CyberKnife® G4». Настоящая работа — первое сообщение о личном опыте лечения больных с немелкоклеточным раком легких (НМРЛ).

Критерии отбора пациентов для лечения на комплексе «CyberKnife® G4» и дизайн исследования.

Проведено проспективное, нерандомизированное исследование, основанное на анализе опыта лечения в период с 10.09.2009 по 9.09.2010 г. — 28 больных с НМРЛ (5 женщин и 23 мужчин, в возрасте от 47 до 74 лет (медиана возраста составила $66,4 \pm 1,3$ года). У 5 больных диагноз был установлен при ПА, В стадии, а у остальных 23 больных были запущенные мультифокальные опухоли (IV клиническая группа).

Всего у 28 больных было проведено 76 фракций (операций) по поводу 67 опухолей. Только у 9 больных был первичный НМРЛ. Еще у 7 больных были метастазы в легкие колоректального рака, рака почки, меланомы. Еще одну группу (12 больных) составили больные с НМРЛ и метастазами в головной мозг (48 метастазов).

Только у 5 больных были одиночные опухоли легкого объемом от 4,6 до 68,8 мл (медиана — $34 \pm 2,4$ мл). У 19 больных — множественные опухоли легких, объемом от 23,7 до 97,5 мл (медиана — $48 \pm 1,8$ мл). В группе больных с НМРЛ и метастазами в головной мозг — у 5 больных был один метастаз, у остальных — от 2 до 12 метастазов.

Лечебная изодозная кривая обычно составляла 67–90% от используемой для злокачественных (немелкоклеточных) опухолей легких. Величина разовой дозы при периферическом раке составляла 18,5–20,0 Гр, при центральном раке — 10,5–12,5 Гр (количество фракций от 3 до 5). Доза за одну фракцию при лечении метастазов в легкие

достигала 10–15 Гр (количество фракций 3–4). Лечение метастазов НМРЛ в головной мозг проводили за 1–5 фракций, при величине разовой дозы от 5 до 18 Гр.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ: Полного исчезновения опухоли удалось добиться у 2 больных с периферическим НМРЛ и у 4 больных с одиночными метастазами НМРЛ в головной мозг. Еще у 13 больных объем опухоли уменьшился, а у 7 — стабилизировался. Ни у одного больного после радиохирургического лечения прогрессирования опухоли не наблюдали. Сроки наблюдения за больными составили от 1,5 до 11 месяцев. На 10.09.2010 г. все пролеченные нами больные были живы.

Радиохирургия является высокоэффективной, альтернативной традиционной хирургии, технологией лечения больных НМРЛ. Особое значение и перспективы она имеет у больных, для которых обычное хирургическое вмешательство непереносимо.

УДК 616.423-006.6-089: 616.24-006.6-089

83. ВЛИЯНИЕ МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Стариков В. И., Ходак А. С., Трунов Г. В., Сенников И. А.

Харьковский национальный медицинский университет

В первые 3 года после операции по поводу рака легкого (РЛ) наступает местный рецидив заболевания у 39–46% больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучение выживаемости больных РЛ после обязательной медиастинальной лимфодиссекции (МЛД) на стороне поражения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Обследовано 165 больных РЛ. Первая группа (84 больных) — без лимфодиссекции. 2 группа (81 больной) — с МЛД. Обследуемые группы были сопоставимы по важнейшим прогностическим признакам. Основным различием между ними являлось выполнение МЛД.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: У больных 1 группы однолетняя выживаемость составила $69,1 \pm 2,1\%$, у больных 2 группы после МЛД — $75,3 \pm 2,3\%$. Разница статистически недостоверна. 3-х летняя выживаемость у больных в 1 группе составила $40,5 \pm 1,3\%$, а во 2 группе — $56,8 \pm 1,5\%$, различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Существующая разница в выживаемости, по-видимому, обеспечивается за счет более полной эрадикации пораженных лимфатических узлов.

ВЫВОДЫ: Структура послеоперационных осложнений у больных с МЛД в целом не отличается от больных без лимфодиссекции.

1. У больных РЛ после радикальных операций, дополненных МЛД, возрастает частота обнаружения метастазов в регионарных лимфатических узлах с 53,6% до 67,8%.

2. Отдаленные результаты лечения указывают на достоверное ($p < 0,05$) повышение 3-х летней выживаемости у больных РЛ, которым выполнена ипсилатеральная МЛД (с $40,5 \pm 1,3\%$ до $56,8 \pm 1,5\%$).

3. Полученные результаты указывают на необходимость широкого внедрения МЛД при хирургическом лечении РЛ.

84. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАПСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Сташенко А. Д.

Отделение торакальной хирургии

Херсонского областного противотуберкулезного диспансера

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Анализ эффективности лечения больных впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких на основе использования коллапсотерапевтических методик (наложение искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума) в комплексном лечении данной категории больных в условиях стандартизованной антибактериальной терапии.

Объект: 160 больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких, подтвержденным микроскопическим или культуральным методом. Выбор данной группы больных основан на высоком социальном и медицинском значении результатов лечения этой категории, предупреждении хронизации туберкулезного процесса и появлении вторичной резистентности микобактерий туберкулеза, возможностью возвращения больных к полноценной общественно активной жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Ретроспективный анализ критериев эффективности лечения, в качестве которых выбраны конечные показатели лечения — процент и сроки абациллирования, закрытия полостей деструкции, сроки стационарного лечения, остаточные изменения в паренхиме легких. Методом безповторного случайного отбора сформированы 4 группы по 40 больных: 1) пациенты, которые лечились с использованием пневмоторакса; 2) пациенты, которые лечились с использованием пневмоперитонеума; 3) пациенты с одновременным применением пневмоторакса и пневмоперитонеума; 4) контрольная группа, которая получала стандартное лечение согласно приказам МЗО Украины №№ 384 и 385. Рандомизация отбора во всех группах проводилась методом случайных чисел.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В структуре пациентов преобладали мужчины — 84 (70%), возраст больных от 16,8 до 65,2 лет, в среднем $35,4 \pm 0,9$ лет (во всех случаях указания средних величин указана ошибка репрезентативности средней). Инфильтративный туберкулез (включая случаи засева в другую долю) выявлено в 114 случаях (71,3%), диссеминированный — в 46 случаях (28,8%). Распространенность процесса в одном легком — 108 (67,5%), двухстороннее поражение — 52 (32,5%). Длительность стационарного лечения в группе контроля составила $222,8 \pm 12,8$ койко-дня, в группе с применением пневмоперитонеума — $198,9 \pm 11,6$, в группе использования искусственного пневмоперитонеума — $175,6 \pm 12,4$ койко-дней. При проверке отличий методом медианного критерия для независимых выборок сокращение сроков стационарного лечения за счет использования в комплексном лечении больных впервые выявленным деструктивным туберкулезом пневмоперитонеума на 0,8 мес. и за счет использования искусственного пневмоторакса на 1,5 мес. статистически достоверно ($p < 0,05$).

Абациллирование в группе контроля за время стационарного лечения достигнуто у 32 больных (80%), в группе использования пневмоперитонеума — у 38% больных (95,0%), в группе с использованием искусственного пневмоторакса — у 39 (97,5%). Закрытие полостей распада — у 25 больных группы контроля (62,5%), у 33 больных группы использования пневмоперитонеума (82,5%) и 35 (87,5%) у группы с применением искусственного пневмоторакса. При сравнении результатов лечения с использованием z-критерия с поправкой Йетса (Yates, 1934) получено статистически достоверное повышение эффективности лечения ($\alpha = 95\%$). Средний срок абациллирования в группе контроля составил $1,83 \pm 0,14$ мес., в группе с использованием пневмоперитонеума — $1,41 \pm 0,10$ мес., в группе с использованием искусственного пневмоторакса — $1,36 \pm 0,12$

мес. При проверке отличий методом медианного критерия для независимых выборок сокращение сроков абациллирования статистически достоверно ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ: Применение коллапсотерапевтических методик — искусственного пневмоторакса и пневмoperitoneума — в комплексном лечении больных туберкулезом легких в современных условиях является важным ресурсом повышения его эффективности, сокращения сроков стационарного лечения, более быстрому абациллированию и закрытию полостей распада.

УДК 616.329-006.6-089.168.1-089.5

85. ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Сташенко Д. Д., Ручкин В. С., Максимишин И. В.

Отделение торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: повышение эффективности, управляемости аналгезии и снижение сроков послеоперационного пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за счет включения в комплекс анестезиологического пособия высокой продленной эпидуральной анестезии.

ОБЪЕКТ: 76 больных с раком пищевода, которые были оперированы в 2004–2008 годах в отделении торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера. В отделении отдается предпочтение экстирпации пищевода из трех доступов с одномоментной заднемедиастинальной эзофагогастропластикой с наложением анастомоза на шее при любой локализации опухоли, что дает возможность адекватно расширить зону лимфодиссекции, повысить радикальность операции, предупредить летальные осложнения в послеоперационном периоде при несостоятельности анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: ретроспективный анализ выраженности болевого синдрома (оценка по визуальной шкале 0–100 баллов); комплексной оценки состояния больного по модифицированной шкале SAPS (J. R. LeGall, 1984, с изменениями) и сроков пребывания в ОРИТе в 2 группах: 1) группа комбинированного обезболивания с применением эпидуральной анестезии (41); 2) группа с тотальной внутривенной анестезией по стандартной методике (35). Обе группы были сравнимы по тяжести сопутствующей патологии, стадии процесса и объемам хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: в обеих группах существенно преобладали мужчины — 72 пациента (94,7%), возраст до 50 лет — 9 больных (11,8%), 50–60 лет — 47 (61,8%), 60–70 лет — 14 (18,4%), старше 70 лет — 6 (7,9%). В первой группе выраженность болевого синдрома в первые трое суток составила $24,2 \pm 1,3$ (здесь и ниже указана ошибка ре-презентативности средней), во второй группе — $56,1 \pm 2,8$. При переводе из ОРИТа в обеих группах выраженность болевого синдрома снижалась до $15,3 \pm 1,2$. При комплексной оценке состояния больного в раннем послеоперационном периоде по модифицированной шкале SAPS в первой группе составила $11,87 \pm 0,8$ баллов, во второй группе — $17,15 \pm 0,7$. Срок пребывания в ОРИТе первой группе — $6,4 \pm 1,1$ сут., а во второй — $10,8 \pm 0,9$ сут., в основном за счет более раннего восстановления перистальтики, улучшения вентиляционно-дренажной функции легких, ранней активизации больного.

ВЫВОДЫ: включение в комплекс анестезиологического пособия при радикальном хирургическом лечении больных раком пищевода высокой продленной эпидуральной анестезии не повышает стоимость лечения пациентов, уменьшает выраженность болевого синдрома на 42,9%; улучшает общее состояние больного с 17,15 до 11,87 по модифицированной шкале SAPS; сокращает сроки пребывания больного в ОРИТе на 4,4 суток за счет более раннего восстановления перистальтики, улучшения вентиляционно-дре-

нажной функции легких, ранней активизации пациента. Данный комплекс может быть рекомендован для практического использования в повседневной работе торакальных отделений онкологического профиля.

УДК 616.329-006.6-089

86. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

Сташенко А.Д., Тимошенко В.П., Сирик А.А.

Отделение торакальной хирургии,
Херсонский областной противотуберкулезный диспансер

ВСТУПЛЕНИЕ: Злокачественные опухоли пищевода и кардиоэзофагеальной зоны принято считать одними из наиболее прогностически неблагоприятных заболеваний пищеварительного тракта. Среди опухолей ЖКТ — 3-е место после рака желудка и прямой кишки. Около 70% больных виявляются в III и IV стадиях. Проблема диагностики и адекватного лечения данного заболевания продолжает оставаться актуальной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: ретроспективный анализ хирургического лечения 63 больных с раком пищевода, которые были оперированы в 2004–2009 годах в отделении торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Мужчины — 60 (95,2%), женщины — 3 (4,8%). Возраст до 50 лет — 9 больных (14,2%), 50–60 лет — 36 (57,1%), 60–70 лет — 13 (20,6%), старше 70 лет — 5 (8,1%). Гистологическая структура оперированных: adenокарцинома — 11 случаев (17,4%), плоскоклеточный рак без ороговения — 33 (52,3%); плоскоклеточный ороговевающий рак — 18 (28,8%); анапластический рак — 1 (1,5%). По стадиям больные разделились следующим образом: II стадия — 4 больных (6,3%); III ст. — 44 (69,8%); IV ст. — 15 (23,9%). Мы не считаем распространенность процесса категории M1a противопоказанием к проведению радикального хирургического лечения. Локализация поражения в верхней трети пищевода у 2 больных (3,1%), средняя треть — 37 (58,7%), нижняя треть — 24 (38,2%).

В указанной группе больных выполнено 27 субтотальных резекций пищевода с одновременной заднемедиастинальной эзофагогастропластикой; 1 операция по Тореку; 4 экстирпации пищевода трансхайатальным доступом с одновременной заднемедиастинальной эзофагогастропластикой; 1 операция Льюиса; 5proxимальных резекций желудка с резекций нижней трети пищевода; 16 экстирпаций пищевода из трех доступов (цервикотомия, правая торакотомия, лапаротомия) с одновременной заднемедиастинальной эзофагогастропластикой; 1 экстирпация пищевода из трех доступов с одновременной заднемедиастинальной эзофагоколонопластикой. Пробных операций — 8 (во всех случаях — наложение гастростомы). Послеоперационная летальность составила 11,3%.

ВЫВОДЫ: На сегодняшний день, учитывая наш опыт и опыт ведущих клиник, мы отдаляем предпочтение экстирпации пищевода из трех доступов с одновременной заднемедиастинальной эзофагогастропластикой с наложением анастомоза на шее при любой локализации опухоли, что дает возможность расширить зону лимфодиссекции, повысить радикальность операции, предупредить летальные послеоперационные осложнения при несостоятельности анастомоза. Наилучшим пластическим материалом мы считаем трансплантат, сформированный из большой кривизны желудка по методике А.Ф. Черноусова. По нашему мнению, для повышения результативности лечения злокачественных новообразований пищевода существуют следующие пути:

1. Улучшение ранней диагностики — скрининговое эндоскопическое обследование с цитологическим исследованием.

2. Коррекция и санация предраковых заболеваний пищевода — ликвидация рубцовых структур, рефлюкс-эзофагита, пищевода Барретта, дивертикулов.

3. Радикальность хирургического вмешательства за счет расширения зон лимфодиссекции на все регионы метастазирования.

УДК [616.231+616.233]-006-089.844

87. РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ

Ступаченко О. Н., Ступаченко Д. О.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское
объединение. Украина

ЗАДАЧА ИССЛЕДОВАНИЯ: Обобщить опыт трахео- бронхо- и ангиобронхопластических операций при различных заболеваниях и травме, определить оптимальный объём вмешательства, оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Выполнено 404 реконструктивнопластические операции на трахее и бронхах. Основную группу составили больные с новообразованиями различной степени зрелости — 285 (70,5%), у остальных — 119 (29,5%) имели место различного генеза рубцовые процессы в трахее и бронхах. Операции на трахее выполнены у 92 больных. Тип операции зависел от характера процесса — от трахеогортанных резекций до изолированных резекций бифуркации трахеи с полибронхиальным анастомозом с формированием «трифуркации». Максимальный объем резекции трахеи составил около 80% (трахеогортанный анастомоз с оствалением четырех полуколоц). Пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи выполнена у 7 больных (из них у 4 — с резекцией верхней полой вены),lobэктомия с бронхопластикой — у 174 (из них у 11 произведена бронхоангиопластика), изолированная резекция бронха (главного, долевого, сегментарного) с различными видами анастомозов выполнена у 54 пациентов. При злокачественных опухолях легкого выполнялась систематическая лимфодиссекция независимо от стадии процесса. Операционный доступ при резекции трахеи (шейный, трансстернальный, торакотомный или комбинированный) зависел от локализации процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В послеоперационном периоде отмечались осложнения: несостоятельность межбронхиального анастомоза — у 4 больных, ТЭЛА и острая сердечно-сосудистая недостаточность — по два наблюдения, острая эмпиема плевры — у 3 (все 11 пациентов умерли), парез голосовой связки — у 4, рестеноз трахеального анастомоза — у 2. За последний трехлетний период осложнений не отмечалось. Послеоперационная летальность составила 2,7%, послеоперационные осложнения — 4,2%. Пятилетняя выживаемость при злокачественных опухолях составила 52,8%.

ВЫВОДЫ: Пластические операции на трахее и бронхах при опухолевом поражении являются онкологически оправданными, не ухудшают ближайшие и отдаленные результаты, функционально выигрышны. Накопление опыта и усовершенствование техники операции позволяют расширять показания и объем реконструктивных операций на трахее и бронхах, снижать риск послеоперационных осложнений.

88. ЕНДОВАСКУЛЯРНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВОПОШИРЕНИХ ПУХЛИН ЛЕГЕНЬ ТА СЕРЕДОСТІННЯ

Суховерша О.А.¹, Диба І.М.², Сазонов С.П.², Бобров О.О.²

¹ Дніпропетровська державна медична академія,

² КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4» м. Дніпропетровська

Одним з найбільш перспективних методів посилення ефективності хіміотерапевтичного впливу на пухлини вважається внутрішньоартеріальне введення препаратів. Однак існуючі ендovаскулярні методики потребують подальшої розробки як у відношенні способів доступу, так і схем застосування.

МЕТА: Поліпшення результатів комплексного лікування місцевопоширеніх пухлин легень та межистіння шляхом застосування ендovаскулярних методів лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Ендovаскулярні методи лікування за період 2002–2009 рр. застосовані у 17 хворих онкоторакального профілю. Внутрішньоартеріальна хіміотерапія (ВАХТ) проведена 13 пацієнтам (8 — з тімомами (ТМ), 4 — з раком легень (РЛ), 1 — з парагангліомою середостіння). Хіміоемболізація бронхіальних артерій (ХЕБА) виконана у 4-х випадках легеневих кровотеч у хворих на РЛ.

Селективна ВАХТ здійснювалась двома методами. Перший — під час діагностичної відеоторакоскопії (ВТС) проводилась катетеризація внутрішньої грудної артерії (ВГА) на рівні 5 міжреберного проміжку з розміщенням катетера в центральному напрямку до а. pericardiophrenica і одночасним клепуванням основного ствола ВГА проксимальніше катетера. Іншим методом ВАХТ був традиційний ендovаскулярний. Ангіографію проводили з катетеризацією стегнової артерії. Для вивчення ангіоархітектоніки легень та органів середостіння спочатку виконували ангіографію бронхіальних та міжреберних артерій зі сторони ураження, потім — з контрлатеральної (враховуючи варіабельність анатомічних варіантів). Проводилася катетеризація ВГА з одночасною балонною оклюзією її ствола нижче рівня відходження тімічних артерій.

ВАХТ проводилася за стандартними схемами, з введенням в ВГА доксорубіцину, карбоплатину. Для ХЕБА бронхіальних артерій у разі легеневих кровотеч застосовувалась суміш пінополіуретанових емболів у розчині з 30 мг карбоплатину.

Повної регресії пухлин після ВАХТ відмічено не було. Краще реагували на ВАХТ ті моми: частковий ефект визначений у 6 пацієнтів (75%), стабілізація — у 1-го, прогресування — у 1-го. У хворих на РЛ ефективним було лікування у 2-х, стабілізація процесу — також у 2-х пацієнтів. У пацієнтки з парагангліомою середостіння спостерігалось прогресування на фоні ВАХТ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Технічний та клінічний успіх ХЕБА був досягнутий у 3-х випадках кровопостачання пухлини з однієї бронхіальної артерії, без анастомозів із сусідніми судинними басейнами. У одного хворого, за умови кровопостачання пухлини з різних судинних басейнів, виник рецидив кровохаркання. Повторні спроби ХЕБА були безуспішними через анатомічні особливості артеріального русла.

Ускладнень ВАХТ і ХЕБА у вигляді токсичної дії хіміопрепаратів, поперечного мієліту, гематом у доні пункциї стегнової артерії відмічено не було.

У 2-х випадках після введення доксорубіцину спостерігалось зафарбування шкіри передньої грудної стінки (парастернальної зони) у рожевий колір з подальшим розвитком помірного бульового синдрому, трофічних порушень і гіперпігментації шкіри. Для попередження трофічних уражень застосовувались метаболіти (солкосерил, актовегін) парентерально та місцево у вигляді мазей.

ВИСНОВКИ:

1. Ендovаскулярні методи є ефективним засобом поліпшення результатів комплексного лікування тімомом. Ефективність ВАХТ в лікуванні РЛ потребує подальших досліджень.

2. Бронхіальна ангіографія з одномоментною ХЕБА є ефективною і малотравматичною методикою лікування легеневих кровотеч при РЛ.

Локальні ускладнення ВАХТ у вигляді трофічних уражень шкіри грудної стінки потребують розробки способів їх профілактики.

УДК 616-006.6-089-033.2: 616.24

89. РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ СОЛІДНИХ ПУХЛИН В ЛЕГЕНІ

Суховерша О. А.^{1,2}, Сазонов С. П.², Артюшенко Л. Т.², Бобров О. О.²

¹Дніпропетровська державна медична академія,

²КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4» м. Дніпропетровськ

На сьогоднішній день доцільність хірургічного видалення метастазів злюйкісних пухлин у легені є предметом досліджень і не є загальноизвестною у онкологічній практиці.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ — покращення результатів лікування хворих з метастазами солідних пухлин у легені за рахунок оптимізації застосування хірургічного методу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Проведено ретроспективне дослідження результатів лікування 63 хворих, яким у період 1990–2010 рр. проведено 70 операцій. Серед пацієнтів було 35 чоловік та 28 жінок (19–78 років), середній вік пацієнтів — 51,5+13,6 роки. Гістологічна структура пухлин надана у таблиці 1.

Таблиця 1

Гістологічна структура пухлин

Гістологічний тип пухлини	№	Кількість операцій	Кількість метастазів	Медіана (міс.)
Рак нирки	12	13	19	46,7
Саркоми м'яких тканин	10	13	21	38,1
Меланома	8	8	17	13,5
Колоректальний рак	7	8	9	45,3
Тімома	5	6	19	10,8
Рак сечового міхура	5	5	9	39,8
Рак молочної залози	3	3	8	ND
Рак щитовидної залози	2	2	2	21,5
Рак голови та шиї	2	3	17	17,3
Рак наднирника	2	2	2	ND
Рак простати	2	2	2	ND
Злюйкісна парагангліома	2	2	4	ND
Остеосаркома	2	2	2	ND
Рак матки	1	1	1	ND
Усього	63	70	132	34,5

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Інтервал від моменту завершення лікування первинної пухлини до виявлення метастазів у легенях (DFI) склав від 0 до 252 міс. (медіана — 51,8 міс.). Операції у 63-х випадках були радикальними (90,0%). Пацієнтам було виконано

3 пневмонектомії, 25 лобектомій, 42 атипові резекції легені, загалом видалено 132 метастази. У 16 випадках операції доповнювались медіастінальною лімфаденектомією або лімфодисекцією. У 7 пацієнтів операції були повторними. Летальних випадків після оперативних втручань відмічено не було. Серед ускладнень (5,5%) переважали пневмонії. Проаналізовано виживання у 57 пацієнтів (90,5%). Медіана виживання склала 34,9 міс. (1–151 міс.) Найкраці показники виживання зафіковані для пацієнтів з раком нирки (46,7 міс.) та колоректальним раком (45,3 міс.), найгірші — для меланом та тімом (10,8–13,5 міс.). Загальний рівень 5-річного виживання склав 34,8%.

ВИСНОВКИ:

1. Операція — ефективний метод лікування метастазів солідних пухлин у легені. Критерієм відбору слід вважати наявність окремих метастазів (<5), відсутність місцевого рецидиву пухлини та метастазів у межистінних лімfovузлах.
2. Результати хірургічного лікування метастазів метаном та тімом у легені залишаються нездовільними.
3. Для визначення нових критеріїв відбору хворих необхідним є вивчення біологічних особливостей пухлин та їх метастазів.

УДК 616.24-006.6-089

90. РОЛЬ ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ В ЛІКУВАННІ ДРІБНОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНЬ

Суховерша О. А.¹, Сазонов С. П.², Артюшенко Л. Т.², Бобров О. О.²

¹Дніпропетровська державна медична академія,

²КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4» м. Дніпропетровська

Роль хірургічного втручання у якості компоненту комплексного лікування локальних та місцеворозповсюджених форм дрібноклітинного раку легень (ДРЛ) остаточно не вирішена.

МЕТА: Аналіз довготривалого виживання хворих ДРЛ після радикального хірургічного лікування у рамках однієї клінічної установи.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: У Дніпропетровському міському онкоторакальному центрі за період з 1991 по 2009 р. прооперовано 132 пацієнти з ДРЛ. Серед них було 124 чоловіки (93,9%+2,1%) та 8 жінок (6,1%+2,1%). Середній вік хворих склав 57,2+3,1 років.

Пацієнтам було виконано 35 пневмонектомій, 5 білобектомій, 50 лобектомій, 8 паліативних резекцій легені, 34 діагностичні торакотомії. Радикальні операції виконувались із систематичною медіастінальною лімфодисекцією і проведені у 90 пацієнтів (68,2% випадків), паліативні — у 8 (6,1%), діагностичні — у 34 (25,7%). Серед радикальних найбільш поширеними були лобектомії — 61,1%, пневмонектомії — у 38,9%.

Просліджено виживання для 53 хворих після радикальних операцій. У цій групі IA ст. зафікована у 1 пацієнта; IB — у 20; IIА — у 2; IIВ — у 10; IIIА — у 14; IIIВ — у 6.

Однорічне виживання радикально операціоних хворих досягло 66,7%+6,6%, рівень 2-річного склав — 43,1%+6,9%, 3-річного — 35,3%+6,7%, 5-річного — 31,4%+6,6%, що статистично не відрізняється від аналогічних показників для недрібноклітинного раку легень. Аналіз отриманих результатів показав, що довготривале виживання хворих ДРЛ не залежало від типу виконаної операції (табл.1).

Таблиця 1

Виживання хворих ДРЛ після радикальних операцій (%)

	1 рік	2 роки	3 роки	5 років
Пневмонектомії (18)	72,2+10,6	38,9+11,5	33,3+11,1	33,3+11,1
Лобектомії (33)	63,6+8,4	45,4+8,7	36,3+8,3	30,3+8,0
Усього (51)	66,7+6,6	43,1+6,9	35,3+6,7	31,4+6,6

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Під спостереженням більше 3-х років без ознак рецидиву та пролонгації онкопроцесу перебуває 17 хворих: 8 — з ІВ ст., 1 — з ІІА ст., 2 — з ІІІст., 3 — з ІІІА ст. і 2 з ІІІВ ст. Після радикальних пневмонектомій спостерігається 6 пацієнтів (1 — більше 12 років, 1–8 років, 2 — більше 6 років і 1–3,5 роки), після лобектомій під наглядом 11 хворих (1–9,5 років, 4 — більше 6 років, 4 — більше 4,5 років, 1–3 роки).

ВИСНОВКИ:

- Хірургічний метод є ефективним способом поліпшення результатів комплексного лікування локальних та місцевопоширеніх форм ДРЛ.
- Результати довготривалого виживання радикально оперованих хворих ДРЛ зрівнянні з аналогічними показниками для недрібноклітинного раку легень та не залежать від типу виконаного втручання.

УДК 617.541-072.1

91. ДОСВІД ЕНДОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Суховерша О. А., Терещенко С. В., Артюшенко Л. Т., Сазонов С. П.,
Бобров О. О.

КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4» м. Дніпропетровська

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Вивчити можливості відеоторакоскопії (ВТС) в діагностиці та лікуванні захворювань легень, плеври та органів межистиння.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Протягом 2003–2009 рр. ВТС була застосована при лікуванні 97 хворих: у 27 — з раком легені (РЛ); у 22 — з мезотеліомою, або злюкісним ураженням плеври; у 43 — зі злюкісними пухлинами органів межистиння (ЛГМ — 16, тіmomа — 9, парагангліома — 7, метастази у межистиння — 8, інші — 3), у 4 — зі спонтанним патологічним пневмотораксом, у 1 пацієнтки з гіпергідратозом долонь.

ВТС використовувалась як для проведення радикального лікування (кісти легень, видалення периферичних доброкісних новоутворень легень, пухлин плеври), для верифікації і уточнення ступеня поширеності пухлинного процесу, для визначення доцільності та можливості радикального хірургічного втручання. У 6 пацієнтів з іноперабельними місцевопоширеними тімомами за допомогою ВТС проводилась катетеризація a. thoracica int. та a. pericardiacophrenica для селективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії. У одному випадку проведена успішна одномоментна двобічна внутрішньогрудна симпатектомія (2-й — 3-й ганглії) при гіпергідратозі долонь. ВТС проводили стандартним методом з введенням 2-3 відеопортів за методикою Landreneau (1992), з первинною систематичною ревізією легені та плеври. Вивчення та біопсія межистинних структур здійснювались після широкого розкриття медіастінальної плеври в краніо-каудальному напрямку.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: У всіх випадках застосування ВТС верифікація діагнозу була досягнута, визначена резектабельність пухлин та подальша лікувальна тактика. Крововтрата під час ВТС не перевищувала 130–150 мл і була контролюваною. Лише у двох випадках виникла необхідність у проведенні екстреної торакотомії: для зупинки кровотечі з a. thoracica interna dextra, під час біопсії тімоми з інвазією в грудну стінку

та при масивній облітерації плевральної порожнини в іншому випадку. У всіх пацієнтів було відмічено суттєве зменшення болювих відчуттів у післяопераційному періоді і строку дренування плевральної порожнини (до 1–1,5 доби). Також був скорочений строк перебування хворих у стаціонарі на 4,9 доби.

ВИСНОВКИ:

1. ВТС є надійним та безпечним методом діагностики пухлинних уражень органів грудної порожнини та межистіння.
2. ВТС дозволяє достовірно визначати резектабельність пухлин та адекватну лікувальну тактику.
3. ВТС є зручним методом проведення інтраопераційної селективної внутрішньоarterіальної хіміотерапії.

УДК [616.24+616.329]-006.6-039.75 (477.44)

92. ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНЬ ТА СТРАВОХОДУ У ВІННИЦЬКОМУ РЕГІОНІ

Ткач А. А., Болюх Б. А., Одарченко П. Я.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Незважаючи на покращення результатів лікування ранніх стадій раку легень (РЛ) та стравоходу (РС), у більшості пацієнтів захворювання виявляють в неоперабельній стадії або вони мають важкі супутні патологію та протипокази до радикального лікування. Таким хворим пропонуються різноманітні паліативні методи лікування. Крім того, на сьогоднішній день немає детального аналізу надання паліативної та симптоматичної допомоги хворим на РЛ та РС.

ЦІЛЬ ДОСЛІДЖЕННЯ: Проаналізувати стан надання паліативної допомоги хворим на місцевопоширений та дисемінований рак легень (РЛ) та рак стравоходу (РС) у Вінницькому обласному клінічному онкологічному диспансері (ВОКОД).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Проаналізовано дані, отримані в результаті ретроспективного огляду архівних матеріалів ВОКОД про хворих на РЛ та РС, які отримали різні види паліативного лікування (ПЛ) з 2005 по 2009 рік. За період з 2005 по 2009 рік зареєстровано 2 802 хворих на РЛ, 390 (13,9%) з яких отримали різні види паліативної допомоги. Також за даний період було зареєстровано 439 хворих на РС. З них 193 пацієнти (44%) з різних причин отримали ПЛ. Проаналізовано віковий і статевий склад даної категорії пацієнтів. Також вивчена морфологічні варіанти пухлин легень та стравоходу. В обох групах пацієнтів переважав плоскоклітинний рак — 24,6% (РЛ) та 83,7% (РС) відповідно. У переважної більшості хворих на РЛ (67,8%) було встановлено IIIА-Б та IV стадії зложісного процесу. У 153 (79,3%) пацієнтів з раком стравоходу були діагностовані II та III стадії зложісного процесу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Аналізуючи дані про види лікування даного контингенту хворих, було встановлено, що більшість пацієнтів з РЛ отримували хіміотерапевтичне — 260 випадків (66,6%) та променеве — 111 випадків (28,5%) лікування. Паліативні оперативні втручання проведенні 19 (4,8%) хворим на РЛ.

Більшості хворих на РС проводилось консервативне ПЛ. Паліативна променева та поліхіміотерапія використовувались у 90 (45,5%) пацієнтів. З них 64 хворих (33,2%) отримували лише променеву терапію, в 16 (8,3%) випадках застосовувалася лише поліхіміотерапія. Ще 10 хворим (5,2%) проводили хіміо-променеве лікування. Симптоматичне хірургічне втручання — накладання гастростоми — виконувалось у 84 пацієнтів (43,5%). У 19 хворих (9,5%) на РС в якості паліативного методу використовувалися саморозширяючі металеві стенти.

Крім того, простежена динаміка надання паліативної допомоги хворим на РЛ та РС впродовж досліджуваних років.

Проаналізувавши отримані дані, ми розрахували виживання хворих. Однорічне виживання при РЛ склало 44,4%, дворічне — 20%, трирічне — 35,5%. При ПЛ раку стравоходу 1-річне виживання склало 32,9% спостережень, 3-річне виживання становило 6,1%.

ВИСНОВКИ: З 2005 по 2009 рік у ВОКОД 390 (13,9%) хворим на РЛ проведені різні види паліативного лікування. Основними методами ПЛ цього контингенту хворих залишається хіміо-променева терапія. Загальна 3-річна виживаність хворих на РЛ, які отримали ПЛ, склала 35,5%. Значна частина хворих на РС отримує паліативне лікування. Найчастішими методами ПЛ пацієнтів з новоутвореннями стравоходу є променева терапія та накладання гастростоми. В програму ПЛ раку стравоходу активно впроваджується використання саморозширюючих металевих стентів. 3-річне виживання хворих на РС, які отримали ПЛ, складає 6,1%.

УДК 616.329-002-007.64-089

93. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА

Тома А., Гладун Н., Балика И.,

Торакальное отделение РКБ, г. Кишинев

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Был проведен анализ историй болезни пациентов с дивертикулами пищевода разной локализации с целью определения оптимальной тактики лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: За последние 10 лет (1999–2009) в торакальном отделении РКБ г. Кишинева находилось на стационарном лечение 38 больных с дивертикулами пищевода разной локализации. Локализация дивертикулов: фарингоэзофагиальные — 25 (66%), бифуркационные — 9 (24%), наддиафрагмальные — 4 (10%), что соответствует данным литературы. У 31 больного были пульсионные дивертикулы, у 7 — трахеционные.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Были прооперированы 31 больной. Из 7 неоперированных 2 отказались от хирургического лечения, у остальных 5 были противопоказания. В 3 случаях операции произведены видеоторакоскопически при расположении дивертикулов в средней и нижней трети внутригрудного пищевода. В остальных случаях операции были произведены из шейного доступа (22) и боковой торакотомии (6). Наблюдались 3 осложнения в виде плеврита, излеченные пункциями.

ВЫВОДЫ: Наш опыт подтверждает эффективность хирургического лечения дивертикулов пищевода, использование хирургической видеоторакоскопии позволяет увеличить безопасность хирургического вмешательства при данной патологии.

94. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Унгуряну С., Маломан Е., Гладун Н.

Отделение общей хирургии, Республиканская клиническая больница,
г. Кишинев, Молдова

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) остаётся самой распространённой патологией верхнего пищеварительного тракта в экономически развитых странах. Последние годы наблюдается рост относительной частоты встречаемости ГЭРБ и частоты появления новых случаев. Цель данной работы заключается в создании алгоритма диагностики и лечения различных клинических форм ГЭРБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За более чем 30-летний период (1977–2009) в клинике хирургии факультета повышения квалификации врачей проходили лечение 228 больных с ГЭРБ. Пропорция лапароскопических операций в последние 5 лет выросла до 70%. Клиническое, эндоскопическое и рентгенологическое обследование позволило выделить 3 категории пациентов: ГЭРБ с неосложнённым течением, ГЭРБ с осложнённым течением и ГЭРБ, ассоциированная с другими патологиями желудочно-кишечного тракта. Основываясь на различиях между данными формами ГЭРБ, для каждой из них был выработан алгоритм диагностики и лечения.

ВЫВОДЫ: Использование предложенных алгоритмов позволяет произвести оптимальный выбор пациентов для различных методов лечения, включая хирургическое. За время клинического применения выработанных алгоритмов была минимализирована задержка хирургических вмешательств, что в свою очередь уменьшило частоту развития осложнений, связанных с ГЭРБ.

УДК 616.23-089.844: 616.24-006

95. БРОНХОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Урсол Г. Н.¹, Бондарчук С. П.², Давыдкин В. А.², Коваль В. В.¹

¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,

² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Расширить показания к хирургическому лечению больных с раком легких за счет больных, ранее считавшихся (относившихся) неоперабельными.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Обобщаем опыт 31 бронхопластической операции, выполненной пациентам с раком легких, сохраняя принципы аблстики. Пневмонэктомия: в 26 случаях заменена долевыми резекциями.

У 5 больных пластические операции позволили расширить резектабельность при раке главного бронха с переходом на бифуркацию трахеи. Операции сопровождались широкой медиастинальной лимфодиссекцией. Все операции выполнены из бокового доступа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: I ст. — 3; II ст. — 24; III ст. — 3; IV ст. — 1.

Структура осложнений: несостоятельность бронхиального анастомоза — 1, аторогенный бронхиальный свищ — 1. Рубцовый стеноз анастомоза — 1. Летальность — 0. У всех больных во время операции исследовался край резекции на наличие раковых клеток. Осложнения, возникшие в послеоперационном периоде, связаны с натяжением

соединяющихся тканей и сниженной регенерацией тканей у раковых больных. Развитие эндоскопических методов, цитологическое и гистологическое изучение, флюоросцентная диагностика позволили до операции четко определить край распространения опухоли и спланировать края резекции, оценить возможность выполнения и вид хирургического вмешательства.

ВЫВОДЫ: Пластические операции на главных бронхах и трахее должны применяться при лечении рака легкого. Более широкое внедрение пластической хирургии при раке позволяет расширить показания к радикальной операции.

УДК 616.25-002-003.2-079.2

96. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ

Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Бондарчук С. П.², Давыдкин В. А.², Фукс Е. Н.²

¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,

² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Улучшение результатов лечения и ранняя диагностика экссудативного плеврита неясного генеза. Сравнение информативности миниинвазивных хирургических процедур с последующим цито-гистологическим исследованием биопсии плевры при выяснении этиологии экссудативного плеврита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Известно более 50 этиологических факторов появления выпота в плевральной полости. Важность своевременного морфологического диагноза несомненна.

После обнаружения жидкости в плевральной полости больным выполнялась пункция плевральной полости. Проводилось исследование полученной жидкости в лаборатории. И если лабораторно и цитологически мы не можем объяснить этиологию экссудативного плеврита, мы выполняли торакоскопию, во время которой производилась биопсия висцеральной и париетальной плевры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Диагностика методом биопсии плевры через торакоскоп выполнена у 186 больных, возраст которых от 16 до 78 лет.Правостороннее поражение — 53%, левостороннее — 47%. Обезболивание у — 11%, эндотрахельный наркоз, внутривенный наркоз — 82%, местная анестезия — 7%. Осложнений после операций не было. Гистологические диагнозы были следующие:

- туберкулезный плеврит — 41%;
- неспецифический плеврит — 36%;
- мезотелиома плевры — 8,3%;
- метастазы рака молочной железы — 2,4%;
- опухоль легкого с поражением плевры — 2,3%;
- посттравматический плеврит — 2,0%.

Больные с неспецифическим и посттравматическим плевритом были выписаны с выздоровлением, с мезотелиомой и метастатическим плевритом направлены на лечение в онкодиспансер, а больные с туберкулезным плевритом направлены на лечение в противотуберкулезный диспансер.

ВЫВОДЫ: Биопсия плевры позволяет быстро и достоверно установить диагноз, начать адекватное лечение.

97. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЩЕТОЧНОЙ И ЩИПЦОВОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКИХ

Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Клубникина Т. В.², Резниченко О. В.²,
Немазенко С. Е.³

¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,

² ЛДЦ «Ацинус»,

³ Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Определить диагностическую значимость эндоскопической щеточной и щипцовой биопсии при центральном раке легкого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: При проведении фибробронхоскопии у 124 больных с центральным раком легкого были выполнены одновременно щеточная и щипцовая биопсия из пораженного бронха.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Прямые эндоскопические признаки опухоли бронха были выявлены у 87 (70%) больных. Косвенные признаки опухоли были обнаружены у 28 (22%) больных. Не обнаружено опухолевого поражения бронха у 9 (8%) больных. При прямых признаках опухоли гистологическая верификация опухоли с помощью щипцовой биопсии была получена у 67,5% больных, при цитологическом исследовании щеточных биопсий — у 80% больных. При косвенных признаках опухоли информативность щипцовой биопсии составила 65,3% случаев, а щеточная биопсия была информативна в 83,3% случаев. В тех случаях, где не обнаружены эндоскопические признаки рака, в 40% случаев при щеточной биопсии найдены раковые клетки и только в 12% — при щипцовой биопсии.

По гистологическому варианту распределение было следующим:

- плоскоклеточный рак — 58,6%;
- аденокарцинома — 10,3%;
- мелкоклеточный рак — 58,6%;
- недифференцированные формы рака легкого — 19,1%.

ВЫВОДЫ: Данное исследование доказывает, что при диагностике необходимо использовать как щеточную, так и щипцовую биопсию, которые информативно служат дополнением друг другу. Биопсия должна стать обязательным методом исследования для установления диагноза, даже в том случае, если отсутствуют эндоскопические признаки поражения бронха.

98. ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ЕГО ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА

Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Бондарчук С. П.², Давыдкин В. А.²

¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,

² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина

Рубцовые стриктуры пищевода — наиболее частое и тяжелое осложнение химических ожогов пищевода, требующие длительного лечения.

При их лечении используется комплекс мероприятий, направленных на уменьшение степени рубцовых изменений и улучшение проходимости пищевода.

Мы предложили с целью лечения одной из составных частей комплекса — эндоэзофагиальный электрофорез.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучить эффективность эндоэзофагиального электрофореза в комплексе лечения рубцовых структур пищевода после химических ожогов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Мы использовали с целью профилактики и лечения рубцовых стенозов пищевода в комплексе с другими методами методику эндоэзофагиального электрофореза протеолитическими ферментами. Метод разработан нами в 1990 году. Специальный зонд-электрод вводится в просвет пищевода после бужирования (рис. 1.), затем подключается к аппарату электрофореза «Поток-1» к минусовому электроду, два пластинчатых плюсовых электрода располагаются: один впереди — в области грудины и второй сзади — вдоль позвоночника, таким образом, чтобы проекция рубцовой структуры совпадала по уровню между электродами. Сила тока составляет 5-6 мА (по индивидуальному ощущению больного) (рис. 2.).



Рис. 1

Продолжительность процедуры — 20 минут ежедневно, на курс лечения — 15–20 процедур. Повторение 5-6 курсов с интервалом в 1 месяц. Лечение по данной методике лучше начинать проводить в ранние периоды формирования рубцовых процессов.



Рис. 2

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: В период с 1990 года по 2010 год было пролечено по данной методике 28 больных в разных периодах формирования рубцовых структур. Лучшие результаты были получены тогда, когда методики применялись на 10–12 сутки после поражения, также результат лечения зависел от глубины поражения.

Данная методика способствует подавлению образования соединительной ткани путем истончения коллагеновых волокон и увеличению эластических волокон, что приводит к формированию более рыхлого и эластичного рубца пищевода (доказано цитологически).

ВЫВОДЫ: Метод лечения эндоэзофагиальным электрофорезом с помощью специального зонда-электрода рубцовых структур пищевода после его химического ожога может быть использован как один из видов комплексного консервативного лечения.

УДК 616.24/25-002.3

99. НАБЛЮДЕНИЕ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ И ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ

Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Бондарчук С. П.², Давыдкин В. А.², Фукс Е. Н.²

¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,

² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценить динамику резидуальных процессов, происходящих в восстановительном периоде после перенесенных абсцессов легких и эмпиемы плевры для выработки алгоритма наблюдения за больными.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Анализ результатов лечения 78 больных. Обследование пациентов проводилось через 1, 3, 6, 12, 18, 24 месяцев после выписки из стационара после завершения острого процесса. У 41 больного дополнительно в те же сроки выполнялась СКТ легких. Учитывались параметры, характеризующие остаточные полости, пневмофиброзные изменения, плевральные шварты и прочие.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: У 72 пациентов (96,6%) достигнуто выздоровление. У шести больных, страдающих тяжелой сопутствующей патологией, заболевание перешло в хроническую форму. У двух больных в дальнейшем при наблюдении выявили опухолевое и туберкулезное поражение. Рецидивов гнойного процесса, развития цирроза легкого не отмечено. По данным СКТ, отмечается положительная динамика течения reparативных процессов в легких и плевральной полости. Через 24 месяца после выписки размеры остаточных полостей уменьшились с 13,0 до 0 см³ (остаточные полости размером в 13,0 см³ полностью рассосались), количество сегментов, вовлеченных в локальный процесс, с исходом в фиброз сократилось с 2 до 0,5-1,0. Максимальная шварты, толщина которой была 0,8 см, уменьшилась до 0,3 см.

ВЫВОДЫ: Комплексная консервативная терапия позволяет достичь клинического выздоровления. Мониторинг остаточных изменений необходим для обоснования отказа от хирургического лечения или наоборот — получения неоспоримых показаний к операции. Кратность наблюдения рекомендуем 1-3-6-12-18-24 месяцев, в последующем — два раза в год, а дальше вопрос индивидуальный.

УДК 616.24-006-076-089.87

100. ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ БИОПСИЙ И РЕЗЕКЦИЙ

Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Клубникина Т. В.², Резниченко О. В.²,
Немазенко С. Е.³

¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,

² ЛДЦ «Ацинус»,

³ Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучить структуру морфологических форм опухолей легких по данным биопсий и резекций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведен ретроспективный анализ результатов гистологического исследования биопсийного и операционного материала 424 больных с опухолями легких.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Исследование биопсий (322) проводится почти в четыре раза больше, чем исследование операционного материала (102), и соответствуют 76,7% и 24,0% от общего числа случаев. Биопсийный материал представлен центрально расположенным опухолями — это плоскоклеточный рак 48,2%, adenокарцинома 9,2%, недифференцированный рак — 24,6%, в том числе мелкоклеточный рак — 23,4%, прочие опухоли — 17,6%. По биоптатам бронхов в 2,7% заключения о злокачественном опухолевом поражении не имеет уточненной гистологической формы. По удаленным препаратам 63,5% периферических локализаций, представлены следующие формы:

- adenокарцинома — 33,2%;
- прочие опухоли — 29,4%;
- мелкоклеточный рак — 21,2%;
- плоскоклеточный рак — 23,2%;
- бронхоальвеолярный рак — 3,0%.

ВЫВОДЫ: Среди опухолей, по данным биопсий, преобладает плоскоклеточный рак. В структуре операционного материала преобладают периферические формы, которые чаще представлены adenокарциномой. Большое количество случаев мелкоклеточного рака, по данным биопсий, а также не уточненных, свидетельствуют о необходимости более широкого внедрения иммуногистохимического исследования на уровне предоперационной морфологической диагностики опухолей легких.

УДК 616.24-006.6-089.844

101. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

Урсол Г. Н.

МЦ ЧП «Больница Святого Луки», г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Применение пластической хирургии при раке легкого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оперировано 31 больного, страдающего раком легкого: 31 операция радикальная. Послеоперационных осложнений — 0%. Оперативное хирургическое вмешательство остается радикальным методом лечения рака легкого. Основными операциями при раке легких считаются: лобэктомия, пневмонэктомия. Стремление выполнять органосохраняющие операции позволяет добиться хороших результатов при лечении рака легких, что является основной целью хирургии легких.

Внедрение в онкологию легких пластических операций трахеобронхиального дерева ведет к увеличению количества радикально оперированных больных. Применение пластической хирургии в онкологии позволяет выполнять радикальные хирургические вмешательства тем больным, которым раньше было отказано из-за сопутствующей патологии или недостаточного дыхательного объема. У всех прооперированных больных всегда исследовался край резекции на наличие раковых клеток. Операции выполнялись радикально. Развитие эндоскопических методов диагностики, цитологическое изучение распространения границ опухоли и флюорисцентная диагностика позволили до операции четко определять край резекции, что очень важно для пластической хирургии.

ВЫВОДЫ: Пластическая хирургия при лечении рака легкого может и должна применяться. Внедрение пластической хирургии при лечении рака легкого позволяет расширить показания к радикальной операции. Применение современных эндоскопических методов позволяет четко определить край резекции до операции и спланировать оперативное вмешательство.

УДК 615.38

102. РЕИНФУЗИЯ КРОВИ

Урсол Г. Н.

МЦ ЧП «Больница Святого Луки», г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Разработка системы для реинфузии крови доступной для всех операционных, так как от восполнения потерянной крови нередко зависит жизнь пациента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Одним из самых эффективных методов восполнения кровопотери является метод восполнения собственной кровью. Излившаяся в полости кровь после травмы или при оперативном вмешательстве (как ургентном, так и плановом) может и должна быть собранной и возвращена в русло. Много вариантов сбора излившейся крови придумано: начиная от ложки-черпалки и заканчивая сложными программными аспирационными системами.

Мы предлагаем свой вариант аспирационной системы, собрать и использовать который может себе позволить любое лечебное заведение, имеющее в своем арсенале хирургический отсасыватель. Система состоит из банки-сборника (1). Банка-сборник используется от отсасывателя хирургического ОХ-10 (в комплекте 2 шт.). Крышка (2) банки-сборника модернизируется таким образом, что в одно из отверстий (а) вставляется трубка (б) резиновая, силиконовая) с таким расчетом, чтобы она не доходила до дна банки — 0,5 см. К этому отверстию подключается трубка-заборник (3) крови. К другому отверстию (в) крышки подключается трубка (5), которая подключается к электроотсосу (6). Важно, чтобы трубы — соединяющие и забирающие — были с внутренним диаметром не меньше 1 см, а толщина стенки 0,5 см, чтобы во время эвакуации стенки трубок не спадались (рис. 1) и (рис. 2).



Рис. 1

При работе разряжение в аспирационной системе не должно превышать 150 мм рт. ст., этого достаточно для быстрого удаления крови из раны.



Рис. 2

Для стабилизации крови в банку-сборник необходимо предварительно перед эвакуацией добавлять: 1000 Ед гепарина на 500 мл крови или 10 мл 4% раствора лимонно-кислого натрия на 100 мл крови, или УОЛИПК-76 из расчета 50 мл на 250 мл крови.

ВЫВОДЫ: Простое дешевое приспособление для реинфузии крови может быть использовано при проведении операций, осложняющихся кровотечением. Быстрота и простота сборки системы дает возможность это сделать во время операции при возникновении кровотечения.

103. СОПОСТАВИМОСТЬ ДАННЫХ СКТ И ФБС ПРИ СУЖЕНИИ КРУПНЫХ БРОНХОВ

Урсол Г. Н.¹, Горенко В. А.², Кузнецова С. А.²

¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,

² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Сопоставление данных спиральной компьютерной томографии (СКТ) и фибробронхоскопии (ФБС) у больных со стенозом крупных бронхов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Для изучения возможностей комплексного рентгено-эндоскопической диагностики сужений крупных бронхов нами проанализировано 87 случаев. Из них мужчин — 54 (61,8%), женщин — 33 (38,2%). Возраст больных — от 16 до 76 лет. Сужение бронха у 49 (56,2%) больных было обусловлено центральным раком, у 32 (36,4%) — туберкулезом и у 6 (7,4%) — неспецифическим воспалительным процессом. Достоверность определялась гистологическим, цитологическим и микробиологическим методами. Исследовали материал взятый при ФБС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: При эндобронхиальной форме центрального рака характерным было на СКТ обнаружение «узла» в проекции бронха. Прямые эндоскопические признаки опухоли и положительный ответ цитоморфологического анализа после биопсии позволили диагностировать причину стеноза бронха в 98% случаев. При перибронхиальной форме роста эндоскопически выявлялись косвенные признаки опухоли в виде сужения бронха той или иной степени. СКТ четко отображало перибронхиальную форму рака легкого. При туберкулезе на СКТ стеноз бронха выявлялся неравномерным сужением бронха. Эндоскопическое изучение выявило рубцы с наличием пигментных пятен на слизистой оболочке стенозированного бронха. Микроскопически получали наличие палочки в мазках, иногда клеток типа Пирогова-Ланганса.

Стенозы, возникающие на фоне неспецифических заболеваний легких, были характерными для тяжелых воспалительных процессов. На СКТ в легких отмечалось уменьшение объема соответствующей части легкого. Эндоскопически отмечались отек, гиперемия, грубая деформация.

ВЫВОДЫ: Изучение сужения бронхов должно быть комплексным, этапным — включающим рентгенологическое, эндоскопическое, гистологическое, цитологическое, бактериологическое (имmunогистохимическое) исследование.

УДК 616.24-005-08

104. ТАКТИКА ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Урсол Г. Н., Коваль В. В.

МЦ ЧП «Больница Святого Луки», г. Кировоград, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Улучшить результаты лечения больных с легочным кровотечением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проведен анализ лечения больных с легочным кровотечением в 28 случаях. Возраст от 14 до 84 лет. Мужчин — 61%, женщин — 39%. У 89% больных наблюдались впервые возникшие кровотечения. При поступлении их причина не известна. У 11% больных кровотечения были рецидивирующие, с ранее установленной причиной. Всем больным при поступлении выполнялась фибробронхоскопия и СКТ. Эти методы в 94% случаев помогли установить локализацию и диагноз. В 6% случаев причина и локализация осталась не установлена, но у этих

больных кровотечение прекратилось самостоятельно, консервативная терапия проводилась на догоспитальном этапе.

При продолжающихся кровотечениях больным проводилась гемостатическая терапия и все усилия были направлены на уточнение диагноза и локализацию источника кровотечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: При неэффективности консервативного лечения и уточнении локализации источника кровотечения широко использовали методику эндоскопической обтурации бронха, что позволило во всех случаях остановить кровотечение, детально разобраться в диагнозе и определить дальнейшую тактику лечения не в ургентном, а в плановом порядке. Операции были выполнены у 7 пациентов (25%): 2 пневмонэктомии, 3 лобэктомии, 1 билобэктомия, 1 удаление средней доли по типу билобэктомии (нижняя доля была удалена 9 лет назад). Перед операцией непосредственно на операционном столе необходимо проконтролировать положение обтуратора, надежность фиксации. В двух случаях дополнительно вводили обтуратор, не извлекая предыдущий. Длительность окклюзии бронха от 4 дней до 30 дней. После удаления обтуратора кровотечение рецидивировало у 1 больного, был вновь установлен обтуратор. Летальности не было.

Осложнения:

- обтурационный гнойный эндобронхит у 8% больных;
- развитие грануляционной ткани у места расположения обтуратора у 9% больных;
- миграция обтуратора отмечалась у 5% пациентов.

ВЫВОДЫ: При легочном кровотечении необходимо в сжатые сроки установить причину и локализацию источника кровотечения. Обтурация бронха после уточнения локализации источника дает возможность в спокойной обстановке определить тактику дальнейшего лечения и подготовить пациента к оперативному вмешательству.

УДК 616.25-089.85

105. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИ-ТОРАКОТОМИИ — 853 СЛУЧАЯ

Фастаковский В. В.

МУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценить возможность использования миниторакотомии при лечении хирургических заболеваний органов грудной клетки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В основу исследования положен анализ результатов лечения 1 529 пациентов с различными хирургическими заболеваниями органов грудной клетки, за период 2005–2010 гг. Миниторакотомия использовались у 853 человек (55,8%). Распределение больных по нозологическим формам и методам лечения представлено в таблице 1.

Вид доступа	n	Нозологические формы (n=1512)			
		Спонтанный пневмоторакс	Проникающие ранения	Рак легкого	Доброкач. опухоли легких и средостения
Стандартная торакотомия	718	42	331	271	74
Мини-торакотомия	853	334	277	126	116
Всего	1571	376	608	397	190

С 2005 г. мы используем собственную конструкцию ранорасширителя для выполнения мини-доступа. В ходе операций использовались набор общехирургических инстру-

ментов, сшивающие аппараты типа УО. Длина кожного разреза во всех случаях составляла 4–7 см.

Травматичность доступа оценивали, используя стандартные показатели — продолжительность операции, продолжительность госпитализации, наличие осложнений и летальных исходов. Результаты сравнения травматичности мини-торакотомии и стандартного доступа для указанных нозологических форм приведены в таблице 2.

Диагноз	Вид доступа	t операции (мин.)	t госпитализации (сут.)	Осложнения	Летальность
Спонтанный пневмоторакс	Стандартная торакотомия (n=45)	42	10,4	6,8%	2,2%
	Мини-торакотомия (n=334)	27	5,7	1,5%	-
Рак легкого	Стандартная торакотомия (n=271)	108	12,5	7,8%	2,1%
	Мини-торакотомия (n=126)	76	6,8	4,3%	1,7%
Доброкачеств. опухоли легких и средостения	Стандартная торакотомия (n=74)	56	10,6	3,1%	-
	Мини-торакотомия (n=116)	28	5,6	0,7%	-
Проникающие ранения грудной клетки	Стандартная торакотомия (n=197)	76	11,8	16,4%	4,1%
	Мини-торакотомия (n=277)	47	7,2	6,8%	-

ВЫВОДЫ: Мини-торакотомия является эффективным доступом для лечения больных с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки. Положительными качествами доступа являются низкая травматичность (умеренно выраженный болевой синдром, небольшое количество осложнений), экономический эффект (возможность применения общехирургического инструментария, сокращение сроков госпитализации).

УДК 616.25-089.85: 616.24-006.6

106. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИ-ТОРАКОТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

Фастаковский В. В.

МУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Показанием к видеоторакоскопическим и VATS-операциям большинство авторов считают немелкоклеточный периферический рак легкого T1-2N0M0. Центральный рак и метастатическое поражение N1-2 традиционно считаются противопоказаниями к выполнению мини-инвазивных операций. Цель исследования — ценить возможность использования мини-торакотомии в лечении рака легкого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В период 2006–2009 гг. выполнено 459 операций по поводу рака легкого, 116 — из мини-доступа, 343 — с помощью стандартной торакотомии. Локализация и распространенность опухоли представлена в таблице 1.

Локалізація опухолі в легком	Стадія процесса	Кількість больних	Всего
Центральний рак	T1-2N0M0	16	35
	T1-2N1M0	10	
	T1-2N2M0	9	
Периферичний рак	T1-2N0M0	41	81
	T1-2N1M0	27	
	T1-2N2M0	13	

Все операції выполнены в радикальном объеме, включающем анатомическую резекцию легкого (лоб-, билобэктомий — 97 (83,6%) или пневмонэктомию — 19 (16,4%)) и лимфаденэктомию. Определяющим фактором при отборе больных для операций из мини-доступа служило определяемое рентгенологически отсутствие массивного поражения метастазами лимфоузлов корня легкого и средостения. Длина кожного разреза во всех случаях составляла 6–8 см. В ходе операций использовались набор общехирургических инструментов, сшивающие аппараты типа УО. Лигирование сосудов проводилось без использования сшивающих аппаратов и клипаторов. Культа бронха формировалась с помощью аппаратов УО-40, дополнительно укреплялась узловыми швами. Количество удаленных лимфоузлов не отличалось при выполнении стандартной торакотомии и мини-торакотомии. С целью уменьшения болевого синдрома всем больным интраоперационно выполнялась спирт-новокаиновая блокада межреберных нервов. Случаев интраоперационных кровотечений не было. В 6 случаях потребовалось выполнение резекции перикарда, интраперикардиальная перевязка сосудов легкого, в 1 случае — краевая резекция верхней полой вены, в 1 случае — резекция левого предсердия. В 9 случаях производились бронхопластические операции (клиновидная, либо циркулярная, резекция бронхов). Конверсия в торакотомию не потребовалась ни в одном из случаев. Оценка травматичности мини-доступа в сравнении со стандартной торакотомией приведена в таблице 2.

Вид доступа	t операції (мин.)	t госпіталізації (сут.)	Осложненія	Летальність
Стандартна торакотомія (n=343)	108	12,5	7,8%	2,1%
Міні-торакотомія (n=116)	76	6,8	4,3%	1,7%

ОСЛОЖНЕНІЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦІОННОМ ПЕРІОДЕ: внутриплевральне кровотечение, потребовавшее реторакотомии, — 2, нагноение послеоперационной раны — 2, плевропневмония оперированного легкого — 1. Причиной смерти послужили: ТЭЛА — 1, пневмония единственного легкого — 1.

ВЫВОДЫ:

1. Мини-торакотомия отличается низкой травматичностью, позволяя сократить время операции, продолжительность госпитализации, количество осложнений и показатели летальности, снизить использование наркотических анальгетиков.
2. Центральная форма рака легкого и метастатическое поражение регионарных лимфоузлов не являются противопоказанием к использованию мини-торакотомии.

107. ПОСТОЯННАЯ ГАСТРОСТОМИЯ ФИСТУЛЬНОЙ ТРУБКОЙ КОНСТРУКЦИИ С.Ф. ФЕДОРОВА ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА

Холодов А. Ф., Письменная С. М., Жовкльй С. П., Скоропад П. И.,
Калабухов И. В.

Кировоградская область, Александрийская городская больница № 1,
хирургическое отделение

ВСТУПЛЕНИЕ: Гастростомия — наложение пищеприемного желудочного свища при невозможности кормления больного через рот. Показаниями к гастростомии являются: стенозирующие опухоли пищевода, кардиального отдела желудка, рубцовые сужения пищевода. Распространенные гастростомии по Витцелю, Кадеру имеют ряд недостатков: не всегда имеется герметичность между трубкой и тканями, что ведет к просачиванию желудочного сока возле трубки и возникновению мацерации кожи. Частое передавливание трубки ведет к ее изнашиванию и укорочению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Для постоянной гастростомии применяется фистульную трубку из полиэтилена конструкции С.Ф. Федорова, которую он использовал для перitoneального диализа. Операция: верхнесрединная лапаротомия 8,0–10,0 см. На передней стенке желудка делается разрез на диаметр корпуса с шайбой. Кисетным швом на желудке создается герметичность с трубкой. Слева от лапаротомной раны на передней брюшной стенке делается разрез по диаметру корпуса трубы. Корпус трубы вставляется в данный разрез. Сверху кожи на корпус трубы навинчивается гайка и создается герметичность между желудком и брюшиной. Дополнительно стенка желудка подшивается к брюшине 4–5 узловыми швами. Лапаротомная рана ушивается наглухо.

Преимущества данной гастростомии:

1. Удобство для больного по уходу за стомой.
2. Герметичность между трубкой и тканями.
3. Отсутствие мацерации кожи.
4. Длительность использования данной гастростомии (отпадает необходимость в замене трубки).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За период с 2002 по 2009 г. нами было прооперировано по данной методике 8 больных со злокачественными процессами в пищеводе и кардиальном отделе желудка ІУ ст., со стенозом. Осложнений в виде подтекания желудочного содержимого не было. Длительность жизни больных составила от 4 до 8 месяцев. Все больные погибли от осложнений онкопроцесса. Осложнений, связанных с наложением гастростомы, не было.

ВЫВОДЫ: Данный метод гастростомии может быть рекомендован к применению.

УДК 616.12-001.4-089: 614.21-089

108. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Холодов А. Ф., Письменная С. М., Калабухов И. В., Чемойдан В. А.

Кировоградская область, Александрийская городская больница № 1,
хирургическое отделение

АКТУАЛЬНОСТЬ: Проникающие ранения переднего средостения с ранением сердца нередко встречаются в практике общего хирурга и требуют проведения экстренных операций в условиях районных и городских больниц.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: По данным нашего отделения, за период с 2000 по 2009 год в отделении прооперировано 12 больных с ранениями сердца. Возраст больных 20–53 года. Ранения левого желудочка — 5 больных, левого предсердия — 3 больных, правого желудочка — 3 и правого предсердия — 1 больной. У 2-х больных наблюдались сквозные ранения левого желудочка. Изолированная травма сердца наблюдалась у 4 больных, 8 больных имели мультифокальные поражения: 1 больной — ранение диафрагмы и левой доли печени; 1 больной — ранение диафрагмы, левой доли печени и желудка; 4 больных — с ранением язычкового сегмента левого легкого; 2 больных — с повреждением межреберных сосудов и внутренней грудной артерии. Летальность — 8,3% (1 больной) — с ранением ушка левого предсердия, межпредсердной перегородки с повреждением проводящих путей сердца. 11 (91,6%) больных оперированы через левостороннюю передне-боковую торакотомию в V межреберье с ушиванием ран сердца по стандартной методике. У 2 больных торакотомия сочеталась с верхнесрединной лапаротомией с ушиванием ран диафрагмы, левой доли печени, желудка. Практический интерес в плане доступа представляет случай ранения правого предсердия, полученного через рукоятку грудины. Стандартная левосторонняя переднебоковая торакотомия в V межреберье не позволила провести полноценную ревизию правых отделов сердца и установить источник кровотечения и была дополнена поперечной стернотомией с переходом на переднюю правостороннюю торакотомию, со вскрытием обеих плевральных полостей (чрездвухплевральный доступ с поперечным пересечением грудины). Рана в области правого предсердия до 0,8 см, ушита 2 П-образными швами. Осложнений в ранний и поздний послеоперационный периоды после ушивания ран сердца не наблюдалось.

ВЫВОДЫ:

1. Левосторонняя передне-боковая торакотомия позволяет ушить раны сердца в большинстве случаев.
2. Двухсторонняя торакотомия с поперечной стернотомией (чрез двухплевральный доступ с поперечным пересечением грудины) целесообразно использовать при ранениях правого предсердия и магистральных сосудов сердца, без боязни вскрытия обеих плевральных полостей.

109. ПОЛИТРАВМА С ПРЕВАЛИРОВАНИЕМ ТОРАКАЛЬНОЙ ТРАВМЫ: СТРАТЕГИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Царев А. В., Землянский Е. И., Дубина В. Н., Чернов А. И.,
Землянский Д. Е., Кобеляцкий Ю. Ю.

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии
Днепропетровской государственной медицинской академии
Областной центр экстремальной медицинской помощи
и медицины катастроф
КУ «Областная клиническая больница им. И. И. Мечникова»

В общей структуре политравматизма торакальная травма составляет 25% (Цибуляк В. Н., Цибуляк Г. Н., 1994). Данная патология вносит значительный вклад в общую летальность больных травматологического профиля и занимает третье место, уступая лидерство тяжелым черепно-мозговым травмам и повреждениям конечностей. Необходимо отметить, что даже при изолированном повреждении грудной клетки до 60% пострадавших имеют признаки плевропульмонального шока (Вагнер Е. А. и соавт., 1990). В ответ на травму возможно снижение сердечного выброса, обусловленное тормозным рефлекторным влиянием на сердце вследствие стимуляции рецепторов перикарда и плевры. При тяжелой тупой травме грудной клетки возможна внезапная отсроченная смерть, обусловленная контузией сердца. Частота ушиба сердца при данной патологии составляет 16–76%, при этом в 6% ушибы сердца угрожают жизни больного.

Документированная частота флотационного повреждения при тупой травме грудной клетки варьирует от 12 до 25%, ушиб легких является типичным повреждением и встречается в 40–60% случаев (Швайгер Д., 2003). Сам по себе флотирующий сегмент не представляет опасности, если только костные отломки ребер не вызывают разрыва легочной паренхимы и развития пневмоторакса. Однако выраженная болевая импульсация, спазм мускулатуры и усиление эластической отдачи легкого со стороны повреждения часто приводят к развитию: быстрого поверхностного дыхания, непроизвольного «шинирования», т.е. ограничения подвижности поврежденной половины грудной клетки, нарушению дренирования мокроты, неэффективности кашля, что обуславливает развитие гипостатической пневмонии. За счет контузионного повреждения легких и снижения комплайнса как следствие происходит возрастание работы дыхания и ослабление способности пациента к полному вовлечению пораженного легкого в процесс вдоха. При этом было показано, что снижение комплайнса легких наблюдается практически у всех пациентов с тяжелой торакальной травмой, в то время как возвращение данного показателя к нормальному значению происходит только по истечении нескольких недель с момента травмы. Ушиб легких обуславливает снижение функциональной остаточной емкости и повышение амплитуды внутриплеврального давления с увеличением работы дыхания, что в свою очередь приводит к усилиению парадоксальных движений флотирующего сегмента.

Нами предложен алгоритм оказания специализированной помощи пострадавшим с политравмой с превалированием торакальной травмы, которая осуществляется на трех последовательных этапах. Первый этап начинается консультативными бригадами областного центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (ОЦЭМП и МК) в составе анестезиолога, хирурга, эндоскописта, нейрохирурга и травматолога для оказания специализированной помощи пациентам с политравмой в центральных районных и городских больницах Днепропетровского региона. Техническим оснащением консультативных бригад являются современные 16 реанимобилей на базе автомобилей «Мерс

седес-бенц», «Рено» и «Фольксваген». Имеются портативный аппарат УЗИ, эндоскопы с возможностью визуализации, лапаро- и торакоскоп. После оценки состояния и диагностических исследований производится дренирование плевральных полостей при пневмо- и гемотораксе, ранняя интубация трахеи с последующим переводом больного на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в условиях глубокой аналгеседации, диагностическая и санационная фибробронхоскопия с возможностью визуализации и фиксации эндоскопической картины. При необходимости проводится торакоскопия и торакотомия. После проведения диагностических и оперативных вмешательств пациенты перетранспортируются реанимационной бригадой ОЦЭМП и МК в условиях реанимобиля с возможностью проведения адекватной ИВЛ современными респираторами (Dreger, Aivent), кардиомониторинга (Datascope, Phillips), дефибрилляции, дозированного введения препаратов перфузорами, транспортной иммобилизации пневматическими матрасами в областную клиническую больницу им. И. И. Мечникова (ОКБ).

Вторым этапом, который осуществляется на базе ОКБ, является проведение диагностических исследований, включая спиральную компьютерную томографию, которая является «золотым стандартом» обследования при политравме. Продолжение комплекса интенсивной терапии и при необходимости проведение оперативных вмешательств. Стратегия интенсивной терапии строится на учете факторов, играющих ведущую роль в танатогенезе при политравме, названных «триадой смерти»: метаболического ацидо-за, гипотермии и коагулопатии.

Третьим этапом является проведение интенсивной терапии в специализированном отделении реанимации и интенсивной терапии политравмы ОКБ, включая респираторную терапию современными респираторами эксперта-класса. Нами, в основном, ликвидация подвижности костных сегментов осуществляется с помощью ИВЛ — так называемая внутренняя стабилизация, позволяющая обеспечить консолидацию переломов, уменьшение степени ателектазирования легких и работы дыхания. Поскольку продленная ИВЛ по своим окончательным исходам является не менее эффективной, чем оперативные способы, и рассчитана на самостоятельное заживление переломов и восстановление каркасности грудного скелета.

Таким образом, внедрение алгоритма интенсивной терапии при политравме с пре-валированием торакальной травмы, предусматривающего этапность оказания специализированной медицинской помощи, использование современных подходов лечения и обеспечения преемственности терапии на всех этапах оказания помощи, позволяет существенно снизить летальность у столь тяжелой категории пострадавших.

УДК [616.231+616.329]-006.6-089.28

110. ДОСВІД ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СТРАВОХОДУ ТА ТРАХЕЇ В ОНКОЛОГІЇ

Цибульський Ю. І.¹, Суховерша О. А.²

¹ Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4 м. Дніпропетровська,

² Дніпропетровська державна медична академія

Ендопротезування шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та трахео-бронхіального дерева (ТБД) виконує паліативну задачу, направлену на поліпшення якості життя хворих зі стенозами та норицями вищезазначених структур. Особливо актуальною дана проблема є для онкохворих.

МЕТА: Поліпшення якості життя онкохворих шляхом оптимізації методик ендопротезування стравоходу і трахеї.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: З червня 2007 року паліативне ендопротезування було проведено 36 пацієнтам (25 — з онкопатологією, 6 — з рубцевими непухлин-

ними стенозами, 2 — з ахалазією кардії, 3 — норицями різної етіології). У 29 випадках проведено стентування стравоходу та кардіального відділу шлунку, у 2-х — трахеї і лівого головного бронха, у 2-х — прямої кишкі та ректосигми. Стентування у 30 випадках виконане під ендоскопічним контролем, у одному — під рентгенологічним і у двох — під рентгено-ендоскопічним. Використовували стенти фірм «Ендомед, Київ» (27) та «Tech, Корея» (5). Ускладнення виникли у 7 хворих: кровотечі різної інтенсивності у 4-х (у пацієнтів з пухлинним ураженням (3) та норицею стравоходу), міграції стента у 3-х (усі при рубцевих стенозах стравоходу). Для попередження ускладнень необхідна локалізація ураження рентгенологічними (КТ) і ендоскопічними методами, точне визначення зони встановлення стента та методики процедури. Важливим також є вибір стента (матеріал, покриття, розмір, конфігурація), підготовка пацієнта до втручання.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: З нашого досвіду, фіксація стентів «Ендомед» поблизу вустя або в зоні аортального звуження стравоходу не забезпечує надійного результату і загрожує виникненням регургітації, травматизацією стінки, кровотечами. Аналогічно, встановлення нотіолових стентів з повним силіконовим покриттям у стравохідно-кардіальному переході пов’язане з високим ризиком міграції. Методика встановлення стента залежить від досвіду спеціаліста та можливостей лікарні. У складних випадках доцільним є застосування комбінованих рентгено-ендоскопічних методик ендопротезування.

При стенозах стравоходу III ст. (до 1–3 мм) стентування можливе лише за умови попередньої поетапної підготовки. На першому етапі, після введення «провідника» під ендоскопічним контролем, здійснюється бужування стравоходу до 4–5 мм, з наступним встановленням назогастрального зонда для харчування пацієнта і фіксації досягнутого просвіту. Бужування стріктури продовжується до просвіту в 6–8 мм, що достатньо для введення системи доставки стента. Під час встановлення стента має велике значення послідовність та поступовість дій лікаря. Премедикація включає атропінізацію, надійне знеболення та введення антиemetиків. Невід’ємним вважаємо достатнє мотивування пацієнта, його психологічну стабільність, довіру до лікаря.

Після успішного стентування протягом 3-х діб не рекомендується вживати волокнисту та суху їжу. Обов’язковим є рентгенологічний та ендоскопічний контроль за розміщенням стента на 3-у добу. При частковому розкритті стента показано проведення балонної дилатації, яка у більшості випадків ліквідує недолік. При міграції стента необхідна urgентна ендоскопічна транслокація стента. Слід також провести бесіду з хворим відносно особливостей харчування після встановлення стента, характеру їжі, необхідності її розжувування, «запивання» при ковтанні. Недотримання простих і зрозумілих рекомендацій може привести до обтурації стента, його міграції, пошкодження стінки органу, кровотеч та інших ускладнень.

ВИСНОВКИ:

1. Стентування з урахуванням відносних протипоказів є надійним методом поліпшення якості життя у онкохворих зі стенозами шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та трахео-бронхіального дерева (ТБД).

2. Сучасні стенти не перешкоджають проводити променеву та хіміотерапію, збільшують відсоток хворих, яким вона може бути призначена.

Застосування стентів при норицях ШКТ і ТБД — перспективний метод поліпшення результатів лікування без застосування хірургічного втручання.

УДК 616.24-002.5-089-87

111. ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДЕОАСИСТОВАНИХ РЕЗЕКЦІЙ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Циганков А. Ю., Горбатюк І. М., Колосюк Л. В., Кривецький В. Ф.,
Краснов О. М.

Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

МЕТА: Вивчити ефективність відеоасистованих резекцій легень як методу, що поєднує в собі переваги традиційної торакотомії та торакоскопічної техніки та мінімізує їхні недоліки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Хірургами відділення проведено 39 відеоасистованих торакальних операцій (35 сегментарних та полісегментарних резекцій, 2 лобектомії, а також 2 панбіопсії утворень в об'ємі сегментарної резекції з конверсією в лобектомію), що дозволило порівняти параметри операційного та післяопераційного періоду у хворих, яким оперативні втручання були виконані за традиційною методикою, та у хворих після відеоасистованих втручань.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Застосування відеоасистованих торакальних операцій дозволило істотно покращити показники операційного і післяопераційного періоду у хворих. Так, середня тривалість операції склала 107 хв. проти 133 хв. при рутинній торакотомії, тривалість перебування в палаті інтенсивної терапії склала 4,1 доби (проти 6,4 діб після рутинної торакотомії), тривалість використання наркотичних анальгетиків склала 4,1 доби (проти 6 діб після рутинної торакотомії), кількість використаних наркотичних анальгетиків склала 11 ампул на 1 пацієнта (проти 26 після рутинної торакотомії), тривалість утримання плевральних дренажів склала 2,9 доби (проти 5,7 діб після рутинної торакотомії), середня тривалість перебування в хірургічному стаціонарі склала 22 доби (проти 36 діб після рутинної торакотомії). При потребі міні-торакотомія швидко може бути розширена до звичайної торакотомії. Потреба в конверсії доступу виникла в 4 випадках. Показами були: необхідність розширення об'єму резекції у зв'язку з інтраопераційною діагностикою раку легень за даними експрес-цитологічного дослідження (2 випадки), а також при більшому поширенні специфічного ураження в порівнянні з очікуванням (2 випадки). Інтраопераційних та післяопераційних ускладнень після виконаних відеоасистованих втручань не було.

ВИСНОВКИ: використання відеоасистованих торакотомій дозволяє істотно скоротити тривалість операційного та післяопераційного періоду, зменшити тривалість та кількість призначення наркотичних анальгетиків, прискорити відновлення хворого після операції, що має важливий економічний та соціальний ефект.

УДК 617.53-002.36-02

112. ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ШІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОХОДЖЕННЯ ГНІЙНОГО ПРОЦЕСУ

Шапринський В. О., Сулейманова В. Г., Кривецький В. Ф., Полянчук М. А.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова

МЕТА: Покращити результати лікування флегмон шії шляхом використання диференційованих доступів на шії і адекватного дренування уражених просторів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: В торакальному відділенні ВОКЛ ім. М. І. Пирогова з 2005 по 2009 роки проліковано 70 хворих з флегмонами шиї. У 32 хворих гнійний процес мав одонтогенний характер, у 7 — тонзилогенний, у 11 — внаслідок перфорації стравоходу, у 3 — адеофлегмони. У 17 випадках причину виявiti не вдалося. Середній вік пролікованих чоловіків склав 40,4 років, жінок — 49,8 років. Наявні важкі ускладнення — медіастиніт, емпіема плеври, сепсис, арозивні кровотечі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: При одонтогенному генезі флегмони шиї в більшості випадків процес починається у вигляді флегмон дна порожнини рота, звідки розповсюджувався в клітковинні простори навколо глоткової, підборідної областей, в ретромандібулярну ямку, в фаціальну піхву судин шиї, з розповсюдженням в середостіння у 33 випадках. Для розкриття даної флегмони використовувалась одно- чи двобічна цервікотомія. Дренування переднього середостіння, коли гнійно-запальний процес досягав II ребра, закінчувалося сліпо; у випадку поширення до IV ребра дренажні трубки проводилися через розріз Кохера чи надключичні доступи виводилися через друге міжребер'я паракстернальним розрізом; при розповсюджені медіастиніту нижче 4 ребра було використане наскрізне ретростернальне дренування комбінацією шийного та субксифоїdalного доступів.

При опусканні гнійно-запального процесу із навколо глоткового простору в ретровісцеральний були виконані одно- чи двобічні цервікотомії по передньому краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза на відповідному рівні. Поширення інфекції у заднє середостіння мало місце у 2 пацієнтів, дренування заднього середостіння проводилося з боку на шиї.

При розривах, сторонніх тілах або травмах стравоходу глибока флегмона шиї була розкрита за допомогою лівобічної цервікотомії за Розумовським по передньому краю киально-м'яза, з адекватним полідренуванням уражених клітковинних просторів (навколо глоткового, позадуглоткового, претрахеального, клітковини судинно-нервового пучка шиї).

При адеофлегмонах шиї процес перебігав здебільшого без ретровісцерального розповсюдження, і розкриття в проекції інфільтрату виявлялось достатнім.

При тонзилогенному генезі флегмони шиї гнійний процес поширювався на клітковинні простори навколо глоткової ділянки, пре- та ретротрахеальні простори, в фаціальну піхву судин шиї, з розповсюдженням у верхнє переднє середостіння в 1 випадку. Хірургічні доступи передбачали ревізію, розкриття (частіше білатеральне) та наскрізне полідренування вказаних просторів. З усіх пацієнтів померли 12 хворих (летальність склала 17%), які мали важкі ускладнення (медіастиніт, арозивні кровотечі, сепсис, токсико-інфекційний шок) і у 7 випадках були притаманні одонтогенним флегмонам шиї, ускладнених гострим медіастинітом (58,3% від загальної кількості померлих); з усіх пролікованих хворих у 36 було діагностовано гострий медіастиніт, летальність в цій групі становила 19,4%; 21 хворий виписаний з покращенням і 37 — з одужанням.

ВИСНОВКИ: Флегмони шиї вимагають хірургічного втручання в ургентному порядку шляхом проведення одно- чи двобічної цервікотомії, а при наявності медіастиніту — дренування переднього чи заднього середостіння.

УДК 616.24-089: 612.22126

113. ФУНКЦІЯ ДИХАННЯ В ДИНАМІЦІ У ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ НА ЛЕГЕНЯХ

Шаталюк Б. П., Франковський Р. Б., Корнійчук Ю. О., Урсол Н. Б.,
Прилепа О. І., Стрілець П. А., Наталіч В. М., Босак В. Л.

Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, Україна

ЦІЛЬ ДОСЛІДЖЕННЯ: Вивчити в динаміці показники зовнішнього і тканинного дихання, діагностувати на ранніх стадіях прояви дихальної недостатності, розробити конкретні підходи до її профілактики у хворих, оперованих на легенях.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Вивчалися спостереження, проведені над 185 хворими, котрим в різні терміни (від 1 до 3 років) виконані операції на легенях.

Пневмонектомія — у 74 хворих, лоб- і білобектомія — у 91, сегментна резекція — у 12, атипова резекція легень — у 8 хворих. Зафіковано 55 (29,7%) випадків ускладнень. Аналізувалися показники спірографії, газообміну в спокої і при диханні киснем, оксіметрії із затримкою дихання на вдосі і видосі, роздільної функції кожної легені (проба Бергана), активності дихальних ферментів і кінцевих продуктів тканинного дихання.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Отримані результати свідчили, що вентиляційна функція легень, дихальні ферменти (каталаза, карбоангідраза), кінцеві продукти окислюваного процесу (піровиноградна, молочна кислота) протягом перших 3-х років після операції знаходилися в прямій залежності від об'єму резекції легені, ускладнень, які виникали в післяопераційному періоді. Крім того, вони підтверджували появу спочатку скритої, а в подальшому явної дихальної недостатності.

Через рік у хворих після пневмонії показники зовнішнього дихання досягли доопераційних величин лише у 8 хворих (10,8%), лоб- і білобектомії — у 70 (76,9%), сегментарної і атипової резекції легені — у 17 (85%).

Функція збереженої легені протягом перших 2-х років після неускладненої пульмонектомії поступово зростала і досягала максимальних величин: права легеня — $58,4 \pm 3,8\%$, ліва — $64,3 \pm 4,2\%$. Кращі компенсаторні можливості демонструвала ліва легеня, як прояв позитивної дії діафрагмального компонента.

У хворих з післяопераційними ускладненнями ці показники були відповідно $44,2 \pm 5,3\%$ і $39,8 \pm 4,1\%$.

Права легеня після часткової резекції без ускладнень відновила свою функцію на $34,3 \pm 1,4\%$, ліва — $38,0 \pm 2,6\%$, а з ускладненнями: права досягла $24,2 \pm 1,6\%$, ліва — $18,2 \pm 1,3\%$.

Проба з киснем дозволяла хворим після пневмонектомії затримати дихання на вдосі до 35", на видосі — до 20" (оксигенация крові 92–94%). Без кисню ці показники значно погіршувалися — на вдосі лише до 12", на видосі до 8" (оксигенация крові 90–92%).

Підвищення активності каталази і карбоангідрази після пульмонектомії протягом 2-х років після операції трактувалось як компенсаторна реакція організму на зменшення дихальної поверхні легень, а також як прояв скритої дихальної недостатності.

Вміст піровиноградної кислоти у хворих після пульмонектомії без ускладнень перевищував нормальні величини в два рази, молочної — майже в 2,5 рази, з ускладненнями — відповідно в 5 і 7 разів, що свідчило про явну реакцію клітин на кисневий голод.

ВИСНОВКИ: Таким чином, порушення зовнішнього дихання і окислювально-відновлювальних процесів в першу чергу спостерігається у хворих після пульмонектомії, а також у хворих, що мали післяопераційні ускладнення. Явні ознаки дихальної недостатності починали проявлятися на третьому році після операції. Комплексне, динамічне вивчення зовнішнього і тканинного дихання допоможе своєчасно вносити корективи в лікувальні і реабілітаційні засоби для більш пролонгованого збереження дихальних резервів.

114. ЗАСТОСУВАННЯ СУПЕРСЕЛЕКТИВНОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ОНКОТОРАКАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ

Шевня С. П., Притуляк С. М., Ткач А. А., Київський П. І., Стрижалковський О. В.,
Луцкер О. О., Лисенко С. А., Тацюк Я. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Сьогодні актуальним залишається питання паліативного лікування онкологічних хворих з місцеворозповсюдженім та поширенім процесом. Суперселективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія (СВАПХТ) дозволяє забезпечити високу інтенсивність дози хіміопрепаратів в пухлинному вогнищі і зоні регіонарного метастазування з одночасним зменшенням його адсорбції іншими органами і тканинами, при цьому препарат швидко і з мінімальними хімічними та фізичними змінами потрапляє безпосередньо в зону пухлинного росту.

ЦІЛЬ ДОСЛІДЖЕННЯ: Вивчити і проаналізувати безпосередні і віддалені результати паліативного лікування хворих, яким проводилась СВАПХТ з 2005 по 2009 р. у онкоторакальному відділенні ВОКОД.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Проаналізовані стаціонарні карти хворих, яким проводилась СВАПХТ на базі ВОКОД. У досліджувану групу увійшло 30 хворих. З діагнозом рак шлунка — 16 хворих, рак легень — 9, рак молочної залози — 5 хворих. Серед них 22 — чоловічої статі (73,3%), 8 — жіночої (26,7%). Розподіл за віком: 40–49 р. — 8 хворих (26,7%), 50–59 р. — 9 (30%), 60–69 р. — 13 (43,3%). Верифікація досягнута в усіх хворих. Гістологічно переважали adenокарцинома — 10 випадків (33,3%) і плоскоклітинний рак — 9 (30%).

В усіх хворих був первинно-неоперабельний місцеворозповсюджений процес. Рішення про використання СВАПХТ приймалось планово на етапі діагностики захворювання або інтраопераційно (під час лапаро- чи торакотомії).

Хворим з раком молочної залози та раком легень проводилась катетеризація внутрішньої грудної артерії через верхню надчревну артерію, або доступом через 2-3 міжребер'я. Хворим з раком шлунка виконувалась переважно катетеризація гілок лівої шлункової артерії, а при вираженій пухлинній інфільтрації або метастазуванні в її зоні — катетеризація лівої або правої шлунково-сальникових артерій.

Правильність розташування катетера перевірялась за допомогою інтраопераційної хроматоангіографії. Хворі отримували курси ПХТ за стандартними схемами, залежно від діагнозу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: В усіх хворих відмічалась позитивна динаміка. У частини хворих був досягнутий повний, у інших — частковий ефект. Зменшувались симптоми інтоксикації, зменшувався або повністю зникав болювий синдром. Клінічно і рентгенологічно зменшувались розміри пухлини. У пацієнтів з плевритом спостерігалась його повна ліквідація (без подальшого накопичення протягом 3-х місяців). Ступінь вираженості гематологічних ускладнень був мінімальний (лейкопенія у жодного хворого не досягла критичного рівня).

Вивчене і проаналізоване одно- та дворічне виживання хворих. До 6 місяців померло 11 хворих (36,6%), до року — ще 12 (40%). Однорічна виживаність склала 10% (3 хворих), дворічна — 13,3% (4 хворих).

ВИСНОВКИ: Таким чином, СВАПХТ є ефективним методом паліативного лікування хворих онкоторакального профілю. У пацієнтів даного контингенту метод дозволяє знизити токсичність і кількість циклів поліхіміотерапії. Використання суперселективного введення хіміопрепаратів потребує подальшого вивчення і ширшого впровадження, оскільки відкриває нові перспективи в паліативному лікуванні онкологічних хворих.

115. ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕМОТОРАКСУ У ХВОРИХ ІЗ ПОЛІТРАВМОЮ

Шевчук І. М., Клим В. М.

Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра хірургії № 2, м. Івано-Франківськ, Україна

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: порівняльний аналіз ефективності хірургічних методів лікування травматичного гемотораксу у хворих із політравмою.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: проведено аналіз лікування 24 хворих із політравмою, які знаходились на стаціонарному лікуванні в обласній клінічній лікарні з 2007 по 2009 рік. Серед хворих було 18 (75%) чоловіків, 8 (25%) жінок. Вік хворих від 19 до 76 років. Причинами травми у досліджуваних хворих були: кататравма — у 8 (33,5%) хворих, політравма в результаті ДТП — у 10 (41,5%), виробнича політравма — у 6 (25%) хворих. За характером пошкоджень у 9 (37,5%) хворих діагностовано поєднану торако-абдомінальну травму, у 9 (37,5%) — торако-краніальну, у 4 (16,5%) — торако-скелетну травму, у 2 (8,5%) хворих діагностовано торако-спінальну травму. Правобічну локалізацію гемотораксу встановлено у 12 (50%) хворих, лівобічну — у 10 (41,5%), двобічну — у 2 (8,5%) хворих. Великий гемоторакс спостерігали у 2 (8,3%) хворих, середній — у 5 (20,8%), малий гемоторакс діагностований у 17 (70,9%) хворих. Для діагностики застосовували рентгенологічні методи обстеження, в т. ч. комп’ютерну томографію, УЗД органів грудної клітки, ехокардіоскопію. Основним методом оперативного втручання у хворих із поєднаною травмою вважали торакоскопію. При торакоскопії у 14 (58,3%) хворих проводили кінцеву зупинку кровотечі, видалення гемотораксу, уламків ребер. У 8 (33,4%) хворих провели дренування плевральної порожнини за Бюлау. Торакотомію застосували у 2 (8,3%) хворих. Всі оперативні втручання здійснювали впродовж перших 4 годин після госпіталізації. Результати лікування порівнювали за клінічними даними, результатами рентгенологічного, УЗД дослідження, частотою і характером ускладнень, що спостерігали у післяопераційному періоді.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: за результатами лікування повне одужання спостерігали у 19 (79,2%) хворих. Ранні післяопераційні ускладнення, зокрема згорнутий гемоторакс, фіброторакс у стадії формування, ексудативний плеврит, емпієму плеври, спостерігали у 6 (25%) хворих, яким було проведено дренування плевральної порожнини за Бюлау. Діагностовані ускладнення вимагали проведення додаткових хірургічних методів лікування. Тривалий післяопераційний бальовий синдром (понад 7 днів) спостерігали у 2 (8,5%) хворих, які перенесли торакотомію. Помер один хворий із важкою краніальною травмою. У віддаленому періоді, через 2 місяці і більше, у 3 (12,5%) з 24 хворих діагностований сформований фіброторакс після дренування плевральної порожнини за Бюлау.

ВИСНОВОКИ: метод відеоасистованої торакоскопії є найбільш ефективним у лікуванні травматичного гемотораксу у хворих із політравмою. Даний метод дозволяє покращити результати лікування, знизити рівень післяопераційних ускладнень, покращуючи віддалені наслідки поєднаних травм.

116. ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПАНКОСТА, ЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ

Шипулин П. П., Мартынюк В. А., Байдан В. И., Байдан В. В., Козяр О. Н.

Одесская областная клиническая больница
Отделение торакальной хирургии

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Продемонстрировать возможности хирургического лечения различных типов опухолей Панкоста, его целесообразность в составе комбинированного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За период с 2000 по 2010 год в отделении торакальной хирургии находилось на лечении 12 пациентов с опухолью Панкоста в возрасте от 48 до 65 лет. Из них было 10 мужчин и 2 женщины. Во всех случаях опухоль соответствовала IIIб стадии, T4N0-2M0. Всем больным в предоперационном периоде после верификации процесса проводился курс лучевой терапии СОД 40-45 Гр либо лучевой и химиотерапии. В связи с положительной динамикой выполнить радикальные операции удалось 4 пациентам: 3 мужчинам и 1 женщине. Для точной топической диагностики образования и выбора хирургического доступа обследование больных включало в себя КТ грудной клетки с ангиографией, МРТ сосудов шеи и средостения, дуплексное сканирование сосудов шеи, КТ головного мозга. Различали 2 типа локализации опухоли: передний (опухоль распространяется на сосуды шеи, ребра и плечевое сплетение) и задний (распространение опухоли на задние отрезки ребер, остистые отростки позвонков, позвоночник). С передним типом расположения опухоли был 1 больной, с задним — 3 пациента. При переднем типе опухоли возможна операция из переднего доступа по Masaoca, при этом была выполнена верхняя лобэктомия с резекцией плечевого сплетения, подключичных сосудов и протезированием подключичной артерии. Опухоль заднего типа оперирована с помощью доступа Paulson и выполнением верхней лобэктомии с резекцией I–V ребер и остистых отростков позвонков. Операции сопровождались системной лимфодиссекцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В результате выполненных операций наилучший эффект достигнут при лечении заднего типа опухоли Панкоста. Более 2 лет прожили 2 пациента. После операции по поводу переднего типа опухоли больной прожил 15 месяцев. 5-летнего рубежа не достиг ни один из пациентов. Летальных случаев после операции не было. Из осложнений следует выделить хилоторакс, устранный консервативно.

ВЫВОДЫ:

1. Лечение опухоли Панкоста должно быть только комбинированным с предоперационным курсом лучевой и химиотерапии.
2. Радикальные оперативные вмешательства следует выполнять только в случае положительного эффекта от химио- и лучевой терапии, с уменьшением размера опухоли.
3. Современные возможности хирургии позволяют выполнять расширенные вмешательства, включая ангиопластику.
4. Подобные оперативные вмешательства позволяют избавить больных от мучительного болевого синдрома и улучшить качество жизни.

УДК 617-089-06: 616.14-005.6

117. ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Шулик М. Б., Сопілка В. В., Ляшенко М. В., Мітєв О. М.

Кіровоградська ЦРЛ Кіровоградської області, Україна

ВСТУП: Післяопераційний флеботромбоз є тяжкою і актуальною проблемою сучасної хірургії. Виникнення флеботромбозу пов'язано як з об'ємом оперативного втручання, так із наявністю фактору ризику у пацієнтів (варикоз нижніх кінцівок та наявність тромбозів та емболій в анамнезі, ожиріння, серцево-судинні та онкологічні захворювання, похилий вік).

МЕТА РОБОТИ: Оптимізація заходів профілактики тромботичних ускладнень у хірургічних хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Проведений ретроспективний аналіз результатів оперативного лікування 168 хворих у віці від 40 до 82 років, які лікувались в хірургічному відділенні з 2006 по 2009 р. Жінок було 93 (55,4%), чоловіків — 75 (44,6%). Супутні захворювання з боку серцево-судинної системи спостерігалися у 72%, ожиріння II–III ст. — у 46% та варикозне розширення вен — у 29% хворих.

Пацієнти розділені на дві групи. В I групу увійшли 72 хворих, операціях в 2005–2006 рр., яким проводилась загальна передопераційна профілактика, що включала еластичне бинтування ніг, швидку активізацію хворих, своєчасне поповнення рідини та післяопераційне введення гепарину по 5000 од. 2 рази на добу. В II групу увійшло 96 хворих, проопераціях з 2007 року, яким проводилась стандартна профілактика згідно з МОЗ України № 329 (вводився НМГ цибор).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: В I групі у одного хворого (1,4%) виявлений тромбоз глибоких вен ноги, у 3 (4,2%) — тромбофлебіт поверхневих вен гомілок. Ознаками тромбозу вен були почервоніння, набряк, болі в області тромбозу. Масивна ТЕЛА виникла у 3 (4,2%) хворих. Ознаками ТЕЛА були раптова задишка, посиніння верхньої частини тулуба, болі при диханні та за грудиною, кров у харкотинні, бронхіолоспазм, акцент II тону на легеневій артерії, мігруючі хрипи в легенях. 2 хворих померли, одна вижила. У пацієнтів II групи ускладнень не було.

ВИСНОВКИ: Стандартна профілактика тромботичних ускладнень дозволяє значно знизити ризик виникнення ТЕЛА при оперативному лікуванні хірургічних хворих.

УДК 616.329/33-002-005.1-089

118. ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ НЕВИРАЗКОВИХ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВИХ КРОВОТЕЧ

Шулик М. Б., Сопілка В. В., Ляшенко М. В., Мітєв О. М.

Кіровоградська ЦРЛ Кіровоградської області, Україна

ВСТУП: В останні роки збільшується частота гострих кровотеч невиразкової етіології з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Найбільш частою їх причиною є портална гіпертензія та синдром Мелорі-Вейса.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: Покращення результатів хірургічного лікування невиразкових стравохідно-шлункових кровотеч.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ: Досліджені результати лікування 36 хворих з невиразковими стравохідно-шлунковими кровотечами, що знаходились на стаціонарному лікуванні у 2003–2009 рр. При цьому у 21 (58,3%) пацієнта причиною кровотечі була портална гіпертензія внаслідок цирозу печінки, а в 15 (41,7%) хворих — синдром

Мелорі-Вейса. Вік пацієнтів від 28 до 76 років. Чоловіків було 27 (75%), жінок — 9 (25%).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ: Хірургічна тактика при невиразкових кровотечах потребувала комплексного підходу з урахуванням патогенетичних особливостей основного захворювання та передбачала: — ендоскопічну оцінку джерела та локалізації кровотечі; — оцінку тяжкості, темпу та рецидиву кровотечі; — стану коагуляційних властивостей та основних біохімічних показників крові.

З метою зниження портального та внутрішньошлункового тиску призначали розчин пітуїтрину, пролонговане введення нітрогліцерину. Проводили гемокоагуляційну (свіжозаморожена плазма, 10% розчин альбуміну), гемостатичну (етамзілат натрія, діценон), антиоксидантну (сандостатин, окреотит), антацидну (квамател, омепрозол) та гепатотропну терапію. Важливим методом консервативної терапії було введення зонда Блекмора з послідувочим роздуванням шлункового балона (18 випадків). При консервативній тактиці від рецидиву кровотечі померло 5 хворих. Оперовані 4 хворих, яким не вдалось зупинити кровотечу консервативно. Всім виконана гастротомія з перев'язкою кардіальних вен та прошиванням тріщин слизової оболонки шлунка. Помер 1 хворий від прогресуючої печінкової недостатності.

ВИСНОВКИ: У хворих з стравохідно-шлункової кровотечею показані індивідуальна консервативна тактика та екстрені оперативні втручання на висоті профузної кровотечі.

УДК [616.21/22+616.32]-006.6-089.843

119. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ФАРИНГОЭЗОФАГАЛЬНОГО РАКА

Щепотин И. Б., Плахотний И. В., Кравец О. В.

Национальный институт рака, г. Киев, Украина

Коммунальное учреждение «Черкасский областной онкологический диспансер», г. Черкассы, Украина

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Проанализировать результаты одномоментных реконструктивно-восстановительных операций у 43 больных с местнораспространенным раком горланиглотки с распространением процесса на ротовоглотку или шейный отдел пищевода, в возрасте от 48 до 69 лет.

У всех больных первичное распространение опухоли соответствовало Т3-Т4 по системе TNM. Поражение регионарных лимфатических узлов имело место от N0 до N2. Реконструктивно-восстановительный этап операции проводили одномоментно с радикальным хирургическим вмешательством. Определяющим моментом выбора метода пластики являлись анатомо-функциональные характеристики дефекта глотки. При переднебоковых дефектах глотки, без резекции корня языка и зон нёбных миндалин (20 больных), использовался кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы на сосудистой ножке. Переднебоковые дефекты глотки, с резекцией корня языка, и зон нёбных миндалин (9 больных), закрывали реваскуляризованным желудочно-салниковым аутотрансплантантом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Для реконструкции циркулярных дефектов глотки и шейного отдела пищевода (12 больных) использовались реваскуляризованные толстокишечные аутотрансплантанты из сегментов поперечно-ободочной кишки на срединной кишечной артерии и вене, и участков восходящего отдела толстой кишки на подвздошно-ободочно-кишечной артерии и вене. Выбор участка кишки осуществлялся в зависимости от сосудистой анатомии брыжейки. У двух пациентов, ранее перене-

спих различные вмешательства в брюшной полости, для пластики дефектов гортаноглотки в качестве свободного аутотрансплантанта использовался кожно-фасциальный радиальный лоскут предплечья.

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: Восстановление кровотока в трансплантате достигалось путем наложения микрососудистых анастомозов вен трансплантата с внутренней яремной веной, как правило, конец в бок. Артериальный анастомоз накладывался, как правило, по типу конец в конец с ветвями наружной сонной артерии.

ВЫВОДЫ: Продолжительность операции составляла от 4 до 7 часов.

Непосредственные результаты лечения оценены как вполне позитивные.

УДК 616.12-008.331.1-005.6/7-036.12-07-08: 616.131-008

120. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Яблонский П. К., Павлушкин Е. В., Головин В. Н., Милехин В. Е., Пищик В. Г.,
Бояркин А. А., Сизов О. М., Мальшаков В. М., Шлайдо Е. А., Федорова Т. А.

СПбГУ Медицинский факультет

СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»

Центр интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии
НИИ фтизиопульмонологии, г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Продемонстрировать способы выявления заболевания, диагностический алгоритм, а также возможности хирургического лечения хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: С 2005 по 2009 год 20 больным ХТЭЛГ (13 мужчин, 7 женщин) выполнена легочная эндартерэктомия. Средний возраст — 45,3 лет (24–68). Диагноз ХТЭЛГ устанавливался у больных легочной гипертензией (среднее давление в легочной артерии в покое > 25 мм. Hg), при наличии характерного поражения легочного русла при помощи компьютерной томографии (КТ-ангиография) и ангиопульмонографии. При этом диагностическими критериями для установления диагноза ХТЭЛГ являлись характерные сужения, перетяжки, окклюзии ветвей легочной артерии. Во время ангиопульмонографии больным выполнялась установка кавафильтра ниже устьев почечных вен, кроме того, производились измерения гемодинамики малого круга кровообращения при помощи легочной артериальной волюметрии методом термодилюции (PULSION VoLEF). Оперативное вмешательство (легочная эндартерэктомия) выполнялось с использованием экстракорпорального кровообращения в условиях глубокой перфузационной гипотермии (200С) последовательно с обеих сторон, с эпизодами полной остановки кровообращения и заключалось в удалении организовавшихся тромбов вместе с патологически измененной интимой легочной артерии.

РЕЗУЛЬТАТИ ИССЛЕДОВАНИЯ: Эффективность операции оценивались по нескольким показателям:

- по динамике систолического давления в легочной артерии (мм Hg): до операции — 84,4,8±9,9, после — 46,1±17,9, через 2-3 месяца после операции — 51,3±22,9;
- по динамике легочного сосудистого сопротивления (дин*с*м-5): до операции — 916,8±336,4; после — 391,2±108,7; таким образом, снижение ЛСС в среднем составило 525,6±359,0;
- по динамике послеоперационных изменений парциального давления кислорода в артериальной крови: до вмешательства — 48,3± 11.7 мм Hg, после — 71.8±19.6 мм Hg. Ранняя послеоперационная летальность составила 30%, последние 8 больных — 0%.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННО: повреждение легочной артерии, геморрагический реперфузионный отек легких; в послеоперационном периоде: реперфузионный отек легкого и остаточная легочная гипертензия.

При проведении контрольных исследований также отмечалась положительная динамика по следующим параметрам:

- нормализация соотношения объемов правого и левого желудочков;
- улучшение кровотока в бассейне легочной артерии;
- редукция коллатерального бронхиального кровотока.

ВЫВОДЫ: Для установления диагноза ХТЭЛГ требуется наличие характерных гемодинамических и визуальных признаков. Учитывая характер патологических изменений (организовавшиеся тромботические массы, плотно связанные с интимой), легочная эндартерэктомия является единственным эффективным способом лечения этого заболевания.

УДК 616.24-006.6-073.756.8

121. ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО N-СТАДИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО БЕЗ ПРИЗНАКОВ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПО ДАННЫМ КТ

Яблонский П. К., Петров А. С., Тлостанова М. С., Пищик В. Г.

СПбГУ, медицинский факультет. СПбГУЗ ГМПБ № 2.

ФГУ РНЦРИХТ, г. Санкт-Петербург

Целью нашего исследования было оценить необходимость выполнения медиастиноскопии у больных с неувеличенными медиастинальными лимфатическими узлами, по данным компьютерной томографии (КТ); а также определить значение позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) и уровня серологического онкомаркера CYFRA 21-1 в изменении показаний к предоперационному инвазивному N-стадированию у данной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Нами было проведено сплошное проспективное исследование, в которое были включены 184 пациента, находившихся на лечении в нашем Центре с 2004 по 2009 год по поводу резектабельного НМКРЛ без признаков увеличения медиастинальных лимфатических узлов по данным КТ (диаметр менее 1 см). Средний возраст больных составил $60,5 \pm 6,3$ лет; исследуемую группу составили 79% мужчин и 21% женщин. Центральный НМКРЛ диагностирован у 46% больных, периферический — у 54%. У всех больных N-стадия была подтверждена гистологически по результатам медиастиноскопии и/или интраоперационной лимфодиссекции. С 2007 года больным также выполнялась ПЭТ и определение уровня онкомаркера CYFRA 21-1 в сыворотке крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Из 184 пациентов с неувеличенными по КТ лимфатическими узлами средостения у 40 больных лимфогенные метастазы N2-N3 были выявлены при медиастиноскопии или интраоперационной лимфодиссекции, что составило 22% (предположительная ценность отрицательного ответа (ПЦОО) — 78%). Нормальный уровень онкомаркера CYFRA 21-1, который зарегистрирован у 30 пациентов в исследуемой группе, позволил снизить частоту пропущенных метастазов до 10%, а у пациентов с плоскоклеточным раком — до 6%. Среди больных без признаков лимфогенного метастазирования опухоли, по данным ПЭТ (n=32), гистологическое исследование выявило pN2-N3 в 9% случаев и в 0% — у больных с периферической опухолью (n=21).

ВЫВОДЫ: Учитывая низкую ПЦОО КТ, больные с НМКРЛ даже без КТ-признаков поражения медиастинальных лимфоузлов нуждаются в выполнении медиастиноскопии. Отказаться от инвазивного N-стадирования в данной группе больных можно лишь у пациентов с периферической опухолью без ПЭТ-признаков поражения средостения, а также у больных с плоскоклеточным раком и нормальным уровнем CYFRA 21-1 в крови.

ПОБЕДИТЕЛИ КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

122. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ

Русецкая М. О.

УО «Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ: В последние годы вследствие роста числа пациентов с осложнённым течением пневмонии (парапневмоническими плевритами), снижения качества жизни больных, проблема лечения экссудативных плевритов с учётом основных звеньев патогенеза остаётся всё ещё актуальной в торакальной хирургии.

Плеврит — частое осложнение пневмонии. Количество больных с плевральным выпотом среди госпитализируемых в терапевтические стационары колеблется от 4,8 до 10%. У больных с впервые выявленным туберкулёзом экссудативный плеврит обнаруживается в 6–8%. В западных странах около 50% всех вновь выявленных плевритов носит злокачественный характер [1].

В некоторых случаях клинические проявления плеврита могут отсутствовать. В таких ситуациях выпот в плевральной полости обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании, выполняемом по какому-либо поводу. Однако не всегда точно удается определить состояние и давность существования плеврального выпота при рентгенологическом исследовании.

Современным методом исследования органов грудной клетки является компьютерная томография, которая позволяет более детально оценить состояние плевры на всем протяжении, а также более точно разграничить патологические изменения в плевральной полости. Принципиальное отличие компьютерной томографии от других методов исследований — суммация множества проекций для получения одного изображения.

Важным условием исследования является — возможность сравнения денситометрических показателей на разных стадиях развития плеврита у пациентов с различными вариантами и сроками течения заболевания [2].

Плотность содержимого плевральной полости, по данным разных авторов, может колебаться от 0 до + 60 НУ. Денситометрические характеристики транссудата и экссудата составляют от 0 + до 20 НУ. При инфицировании плеврального содержимого значения денситометрических показателей повышаются и могут достигать +75 НУ. Плотность гнойного содержимого приближается к плотности мягкотканых структур и составляет +30-35 НУ. Что касается фиброторакса, в доступной литературе нами не обнаружено конкретных данных о денситометрических характеристиках этого процесса [2, 3].

Дифференциальная диагностика плевритов по характеру содержимого имеет большое значение в клинической практике, так как появление жидкости в плевральной полости означает качественно новый этап в течении болезни, а формирование более плотных структур требует совершенно иного подхода, включая хирургическое лечение. Сроки нахождения жидкости в плевральной полости влияют на тактику лечения пациента. В сроки до 2 недель выпот эвакуируют с помощью пункций плевральной полости. При несвоевременной или неполной эвакуации жидкости происходит выпадение фибрина и организация выпота, а пациенту требуется оперативное лечение. Если больной обращается в срок от 2,5 до 3,5 недель от момента начала заболевания, его можно оперировать торакоскопически. После 4 недель пациенту требуется торакотомия и декортикация лёгкого. Травматичность оперативного лечения при фибротораксах, переход процесса в хроническую стадию нередко сопровождается грубой перестройкой анатоми-

ческих структур с последующим формированием пневмоцирроза и развитием лёгочно-сердечной недостаточности.

При образовании большого количества экссудата в силу гидродинамических особенностей он скапливается в нижних отделах плевральной полости, причём в нём можно выявить определённую слоистость, глубокие порции экссудата — густой консистенции с хлопьями фиброна, верхние слои — более жидкые. Вследствие выпадения фиброна на мезотелиальный покров поверхность плевры тускнеет и становится утолщённой и неровной. Утолщённая рыхлая плевра формируется из фиброна, форменных элементов крови, как правило лейкоцитов, сегментоядерных лимфоцитов, нейтрофилов, моноцитов. Застревающие в петлях выпавшего фиброна лейкоциты и другие клетки воспаления образуют субстанцию, которая с течением времени превращается в соединительную ткань. Это происходит за счёт пролиферирующих клеток субмезотелиального слоя и новообразования сосудов.

При дальнейшем развитии процесса этот слой прорастает молодой соединительной тканью (с продольным к плевре расположением коллагеновых волокон), а фибрин разрывается. В это же время происходит развитие грануляций на границе с последним. Параллельно с этим париетальной плеврой интенсивно всасывается жидкая часть содержимого плевральной полости. Одновременно происходит выпадение новых порций фиброна на ранее существующий слой. Это приводит к блокировке «всасывающих» люков париетальной плевры и накоплению больших количеств плеврального экссудата (до 2 литров).

К концу первой недели заболевания происходит нарастание воспалительных процессов в плевре; усиливается коллагенизация ретикулярных волокон молодой соединительной ткани, прорастающей фибринозные плёнки; активируется деятельность клеток воспаления, которые образуют клеточные барьеры. Эту стадию воспаления В. К. Белецкий и др. определяют как «вторую фазу плеврита — начало образования грануляционной ткани». Отмечается интенсивное размножение фибробластов в глубоком слое плевральных листков, формирование поперечно ориентированных к плевре коллагеновых волокон, ангиогенез с таким же расположением, что в целом характеризует развитие в субмезотелиальных отделах плевры грануляционной ткани, составные элементы которой (эндотелий капилляров и др.) усиливают протеолиз и резорбцию фибринозных скоплений.

Третья фаза плеврита характеризуется по В. К. Белецкому и соавт. «оформлением грануляционной ткани», что совпадает с затуханием воспалительного процесса в плевре. Отличительной чертой этой стадии воспаления является интенсивное развитие коллагеновых волокон в поверхностных и глубоких слоях грануляционной ткани, которые со временем подвергаются гиалинизации. На поздних стадиях развития заболевания в препаратах визуализируется рубцовая плотная волокнистая ткань, которая может полностью нарушать нормальную фиброархитектонику слоёв плевры [4].

Блокада микроциркуляции в зоне поражения и интенсивное отложение фиброна как в микрососудах органа, так и в окружающей межуточной ткани лёгкого приводит не только к ишемическим и воспалительным нарушениям, но и затрудняет доступ лекарственных препаратов в патологический очаг, что снижает эффективность лечения [5].

К сожалению, пациенты не всегда могут адекватно оценить сроки начала заболевания. Для многих из них началом заболевания является их первое обращение к врачу, тогда как плеврит мог существовать уже достаточно длительное время. Установить характер плеврита и ориентировочные сроки заболевания является очень важной задачей, решение которой существенно влияет на хирургическую тактику.

Поскольку при этом немалая часть пациентов становятся инвалидами и теряют трудоспособность, поэтому проблема приобретает и социальный характер.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: Оценить возможности лучевой диагностики для оценки степени хронизации плевритов и выбора оптимального метода хирургического лечения на основании ретроспективного сопоставления данных лучевого и гистологического методов исследования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: Проанализированы истории болезни 40 пациентов, находившихся на лечении в торакальном отделении Витебской областной клинической больницы по поводу плеврита с января 2009 г. по июнь 2010 г. Из них 35 мужчин и 5 женщин. Средний возраст пациентов составил $37 \pm 2,3$ года.

Все пациенты, поступившие в стационар по поводу плеврита, были разделены на две группы: первая группа — лица, у которых плеврит диагностирован в сроки до 3,5 недель, вторая группа — лица, у которых плеврит диагностирован в сроки 4 и более недель.

Пациентам проводили КТ органов грудной клетки на одноканальном спиральном томографе приборе «Siemens Samtron Emotion».

При анализе томографических изображений оценивались контуры содержимого плевральной полости, утолщение плевры, наличие пузырьков воздуха в содержимом и показатели плотности выпота в единицах Хаунсфильда.

Все пациенты оперированы. В зависимости от срока от начала заболевания пациентам выполнялась либо торакоскопически ассистированная декортикация легкого, либо традиционная торакотомия.

Торакоскопически ассистированная декортикация выполнена 12 пациентам. После интубации правого или левого бронхов, в зависимости от локализации патологического процесса двухпросветной трубкой, пациента поворачивали на бок и подкладывали валик. Межреберье, по которому производилась мини-торакотомия, определялось с помощью данных компьютерной томографии. После вскрытия плевральной полости пальцем и влажным тупфером разделялись внутриплевральные сращения. При достаточной мобилизации лёгкого в плевральную полость вводился троакар с гибким (для минимизации вероятности возникновения послеоперационного межреберного неврита) торакопортом диаметром 10 мм, а в него вставлялась камера с косой оптикой. При осмотре внутриполостных структур параллельно производилась дальнейшая мобилизация лёгкого и определялось место для дополнительных разрезов с целью введения троакаров с торакопортами для рабочих инструментов. Как правило, инструменты вводились выше места расположения камеры между среднеключичной и передней подмышечной линиями. В ходе операции локализация камеры изменялась, в зависимости от необходимости осмотра патологических очагов. Фибринозные налёты удалялись с помощью зажимов Сятковского, лёгочного зажима. Декортикация лёгкого осуществлялась с помощью аортажной кюретки, затем плевральная полость промывалась стерильным физиологическим раствором, аспиратором удаляли промывные воды. Следующим этапом операции являлось выведение интубационной трубки в трахею и расправление лёгкого под контролем зрения. Плевральная полость дренировалась в 3 и 8 межреберьях, а затем послойно ушивалась. Пациента в палате отделения реанимации подключали к вакуум-аспиратору.

Открытая торакотомия и декортикация по общепринятой методике выполнена 28 пациентам. После однолёгочной интубации пациента поворачивали на бок и подкладывали валик. При вскрытии плевральной полости частым интраоперационнымсложнением является повреждение лёгкого, вследствие его плотного сращения фиброзного слепка с висцеральной плеврой. Нередко для свободного доступа в плевральную полость приходилось прибегать к резекции 1-2 ребер. Удаление налётов с париетальной плевры происходит травматично, развивается обильное диапедезное кровотечение. Удаление налётов с висцеральной поверхности порой производилось вместе с плеврой, при этом развивается феномен «решетчатого легкого», что осложняет его расправление в послеоперационном периоде. Гемостаз по ходу операции производился горячим физиологическим раствором и электрокоагуляцией. Раны лёгкого ушивались, расправление

лігкого происходило під контролем зору з допомогою апарату ІВЛ. В палаті реанімаційного відділення пацієнта підключали до вакуум-аспіратору.

Патологіческе содергимое плевральної полости, удалённое во время операции, подвергалось гистологическому исследованию. Препараторы окрашивались гематоксилін-еозином.

РЕЗУЛЬТАТИ И ОБСУЖДЕНИЕ: У пациентов первой группы на сканах выявлялось содергимое плевральной полости со слегка неправильными контурами, участками газа, утолщённой плеврой (мелкоячеистая структура), денситометрические показатели выпота колебались от +13 HU до + 27 HU за счёт жидкых, газовых и организованных компонентов (рис 1).

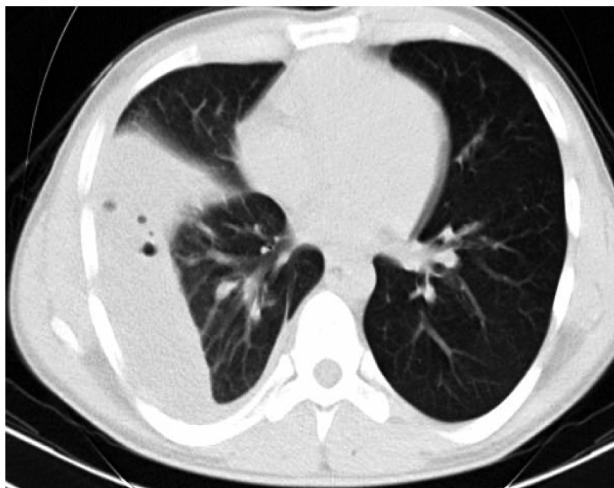


Рис. 1. Изображеніе аксиального среза пацієнта з плевритом в строки до 3,5 недель



Рис. 2. Изображеніе аксиального среза пацієнта з плевритом в строки более 4 недель

У пациентов второй группы на томограммах описаны неровные контуры плеврального содергимого, утолщение плевры, большее количество и размер включений воздуха (сливные газовые пузыри). Значение денситометрических показателей плеврального содергимого повышалось до +35 HU (рис. 2). Таким образом, нами выявлено, что характерной особенностью денситометрических показателей у пациентов второй группы является отсутствие разброса в отличие от показателей у пациентов первой группы, так как в плевральной полости находился организованный фибрин, при наличии внутри крупных газовых пузырей.

Все больные первой группы оперированы торакоскопически. В плевральной полости отмечены рыхлые сращения, которые легко разделялись тупым путём, при их разделении выделялся экссудат (рис. 3). Налёты с париетальной и висцеральной плевры легко снимались и удалялись аспиратором. Во время операции не происходило большой кровопотери, что не требовало интраоперационной инфузии препаратов крови. Полного расправления лёгкого добивались с помощью аппарата ИВЛ. Сроки нахождения таких пациентов в реанимационном отделении составляли 1 койко-день. На 14 сутки после операции больные выписывались из стационара. При выписке из стационара пациенты никаких жалоб не предъявляли.

Пациенты второй группы оперированы открытым способом. В плевральной полости отмечены массивный спаечный процесс, утолщение париетальной плевры до 0,8 см, покрытие долей плотным фиброзным панцирем, который был плотно сращён с висцеральной плеврой (рис. 4). Во время операции переливались эритроцитная масса и свежезамороженная плазма. Сроки нахождения пациентов в реанимации после таких операций составляли $4 \pm 1,5$ суток. Средние сроки нахождения пациентов в стационаре после операции составляли $27 \pm 2,4$ суток. При выписке из стационара пациенты предъявляли жалобы на общую слабость, незначительные боли в области послеоперационной раны, нарушение осанки.

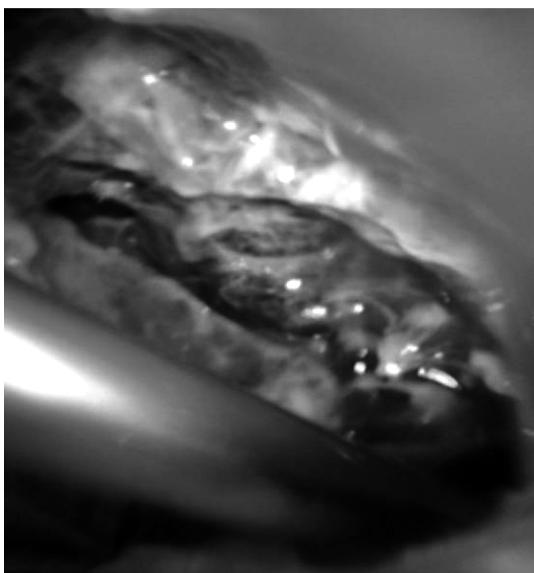


Рис. 3. Содержимое плевральной полости у пациента с плевритом в сроки около 3 недель

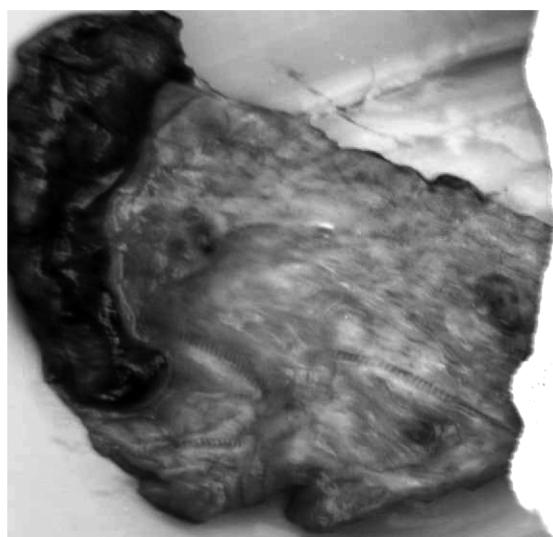


Рис. 4. Фибринозные наложения, полученные у пациента с плевритом при торакотомии

В гистологических препаратах пациентов первой группы описана разной степени зрелости соединительная ткань и нити «молодого» фибрина с застрявшими в петлях фибрина лейкоцитами, так что в целом образован толстый рыхлый слой с прорастанием последнего молодой соединительной тканью (с продольным к плевре расположением коллагеновых волокон) (рис. 5).

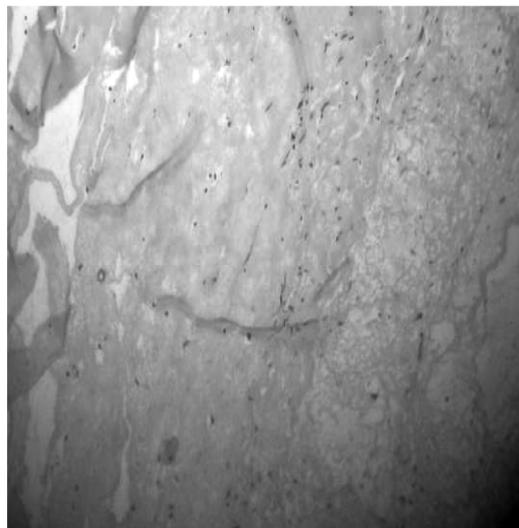


Рис. 5. Нити молодого фибрина. Окраска гематоксилин-эозин, 400

У пациентов второй группы в гистологических препаратах визуализированы три слоя патологических изменений, развивающихся при фибротораксах (рис. 6).

В слое, прилегающем к плевре, имеются участки гиалиноза с коллагеновыми волокнами, фибробластами, фиброзной тканью с хроническим воспалением с признаками обострения (рис. 7).

В промежуточном слое соединительная ткань на стадии организации с мелкими очагами фибрина, клеточными элементами воспаления (сегментоядерными нейтрофилами, моноцитами, лимфоцитами) (рис. 8).

В поверхностном слое визуализируется «молодой» фибрин с застрявшими в его петлях лейкоцитами (рис. 5).

Выраженность и степень зрелости каждого из слоёв коррелировала со сроками, прошедшими с момента начала заболевания, и интенсивностью воспалительного процесса.

В сроки от 3,5 до 4 недель в препаратах описана разной степени зрелости соединительная ткань с нарастанием процессов продуктивного воспаления в плевре; усилением коллагенизации ретикулярных волокон молодой соединительной ткани, прорастающей фибринозные пленки.

В препаратах, полученных на более поздних стадиях заболевания, описана зрелая соединительная ткань с признаками гиалиноза, который по мере своего формирования постепенно замещает её рубцовой плотной волокнистой тканью, происходит склерозирование сосудов и уменьшение клеточных элементов воспаления.

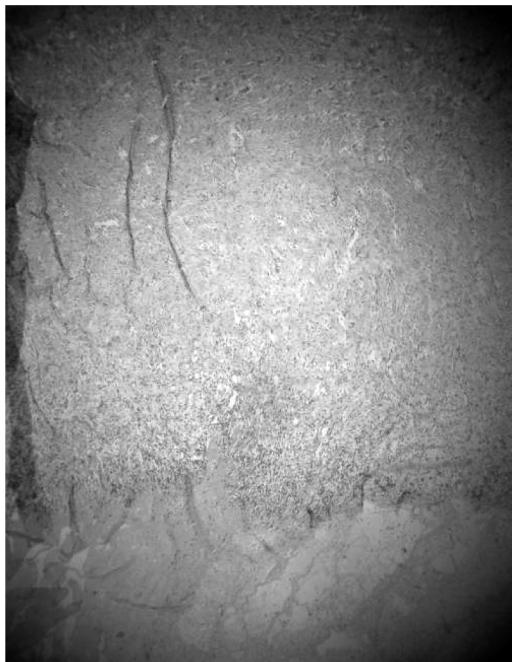


Рис. 6. Слоистость патологически изменённой плевры. Окраска гематоксилин-эозин, Ч450

ся. Нами установлено, что имеется корреляция между денситометрическими показателями и гистологической структурой содержимого плевральной полости, зависящей от сроков развития воспалительного процесса.

Гистологические данные, полученные нами в ходе исследования, согласуются с данными В. К. Белецкого. Автор описывает поэтапное развитие изменений фибринозных налётов с выделением характерных черт для каждой стадии заболевания. По нашим данным, в препаратах, полученных у пациентов с плевритом, также происходит поэтапная организация фибринозных масс с наличием характерных черт для каждой стадии.

Третья фаза плеврита по В. К. Белецкому характеризуется затуханием процесса. По нашему мнению, происходит хронизация процесса с вялотекущим и непрекращающимся отложением фибрина и созреванием соединительной ткани, как видно на рис. 6. Ещё одним подтверждением данной гипотезы является нагноение содержимого плевральной полости в более поздние сроки заболевания.

Данные, полученные нами при КТ исследовании, подтверждают данные других авторов, занимавшихся определением денситометрических показателей выпота в плевральной полости, о том, что на разных стадиях воспалительного процесса данные показатели могут существенно изменять-

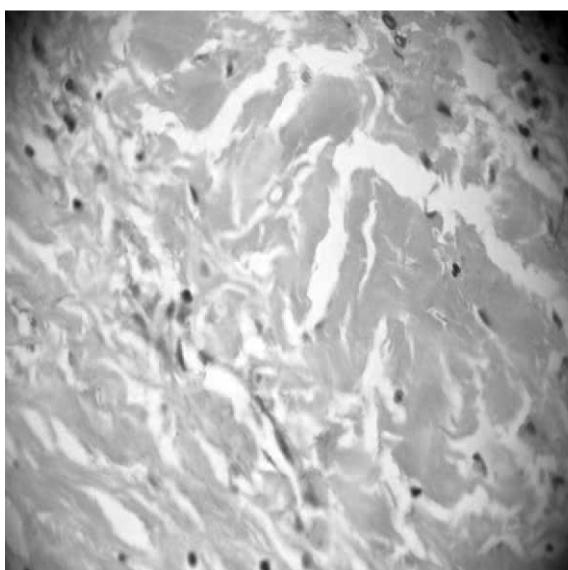


Рис. 7. Слой, прилежащий к плевре. Окраска гематоксилин-эозин, Ч200

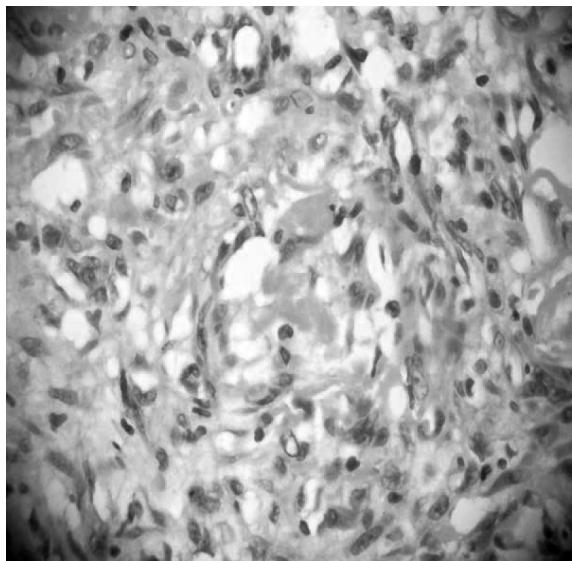


Рис. 8. Промежуточный слой. Окраска гематоксилин-эозин, Ч200

Необходимость своевременного выявления и лечения плевритов на начальных стадиях организации сохраняет свою актуальность, а применение КТ даёт возможность для дальнейшего совершенствования возможностей дифференциальной диагностики экссудативных плевритов и фибротораксов на ранней стадии.

ВЫВОДЫ:

1. Компьютерная томография предоставляет возможность достаточно четко дифференцировать плотность плеврального содержимого и оценить его в специфических денситометрических показателях в единицах Хаунсфильда.

2. Ретроспективное сравнение данных денситометрических показателей плевральной полости и гистологической картины воспалительного процесса устанавливает полную корреляцию между денситометрическими показателями по данным КТ и гистологической структурой выпота.

3. Комплексное лучевое исследование пациентов, включая исследование денситометрических показателей плеврального содержимого, позволяет на основании метода компьютерной томографии до операции оценить степень организации плеврального выпота, а следовательно, хронизации плеврита.

4. Дооперационная оценка характера плеврального содержимого предоставляет возможность выбора оперативного вмешательства, адекватного характеру воспалительно-го процесса.

5. Оперативное лечение, предпринятое на ранних стадиях развития хронического воспалительного процесса в плевре, позволяет обойтись щадящими методами (торакоскопическая хирургия) и уменьшить сроки пребывания больных в стационаре.

ЛІТЕРАТУРА

1. Власов П.В. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости/Власов П.В. — Москва, Видар, 2008.— 217 с.
2. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов грудной полости/Тюрин И. Е. — С.-Петербург, 2006. — 188 с.
3. Саюченко В. П. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике заболеваний лёгких и средостения/Саюченко В. П. — Москва, 2005. — 69 с.
4. Сергеев В. М. Патология и хирургия плевры/Сергеев В. М. — Москва, Медицина, 1967. — 338 с.
5. Шойхет Я. Н. Морфоструктурные варианты клеточно-стромальных взаимодействий в очаге деструкции при острых абсцессах и гангрене лёгкого в связи с процессами фибринообразования и фибриностабилизации/Шойхет Я. Н., Лепилов А. В., Мотин Ю. Г., Бочкарев А. П./Пульмонология. — 2008. — № 1. — С. 75–80.

123. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРРОЗИОННОЙ ТРАВМЫ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Филатов Д. А.

Луганский государственный медицинский университет
Кафедра хирургии и урологии, г. Луганск, Украина

Проблема лечения коррозионной травмы верхних отделов пищеварительного тракта и, особенно, эффективности профилактики рубцовых её осложнений не теряет своей актуальности для специалистов в области торакальной хирургии. Фактически в трети случаев химических ожогов пищевода могут развиваться угрожающие жизни осложнения, а летальность при рассматриваемой патологии колеблется в пределах 0,7–7,0%. Как исход химического ожога пищевода в 73% развиваются рубцовые сужения, порой приводящие к полной непроходимости верхних отделов пищеварительного тракта [1, 8].

Ведущим методом профилактики развития рубцовой непроходимости пищевода и на сегодняшний день остаётся раннее бужирование пищевода. Однако, по данным литературы, даже при достаточно высокой эффективности этого метода профилактики, до 35–45% больных требуют повторных курсов бужирования, а риск перфорации может колебаться от 1% до 10% [3–7].

Как признано многими исследователями на современном этапе, одним из основополагающих факторов, обеспечивающих эффективное лечение коррозионной травмы и предупреждение рубцовых осложнений, является адекватная коррекция коррозионного эзофагита. Однако применяемые на сегодняшний день схемы комплексного лечения коррозионной травмы не обеспечивают желаемого лечебного эффекта [2].

Учитывая многогранность патогенеза коррозионной травмы, нельзя не учесть и изменений, которые происходят на клеточном уровне, которые заключаются в активации универсальных механизмов изменения метаболизма, функциональности ферментных систем, состояния мембран, лежащих в основе любого воспалительного процесса, либо являющиеся ответом на повреждение клетки [9].

В этом плане представляет интерес изучение тиотриазолина, который, по данным литературы, обладает мембраностабилизирующими, противоишемическими, противовоспалительными, гепатопротекторными, стимулирующими регенерацию и эпителизацию, улучшающими микроциркуляцию и реологию крови эффектами, что укладывается в патогенез ожогов пищевода химической этиологии.

В связи с этим целью планируемой работы явилось обоснование применения тиотриазолина в комплексном лечении химических ожогов пищевода и профилактике послеожоговых рубцовых структур и оценка его клинической эффективности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследования были проведены среди больных с ХОП разного возраста обоего пола, которые находились на лечении в торакальном отделении Луганской областной клинической больницы. Пациенты были распределены на две группы. Первую группу (36 человек) составили пациенты, лечение которых базировалось на традиционном подходе. Дозовый режим, конкретные препараты и длительность лечения определяли индивидуально. Каждый больной обязательно получал курс антеградного профилактического бужирования пищевода бужами № 46–48, 2–4 раза в неделю (решалось индивидуально). Пациентам с коррозионной травмой пищевода, которые составили вторую группу (47 человек), в комплекс лечения был введен тиотриазолин по предложенной нами схеме: осуществлялось нанесение 2% геля тиотриазолина на буж перед бужированием пищевода, а также введение 4 мл 2,5% раствора тиотриазолина в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно один раз в сутки в течение 10 дней. Больным проводились стандартные клинико-биохимические исследования, эндоскопическое исследование выполнялось при поступлении и каждые 7–8 суток лечения, исследовалось состояние ферментативного и неферментативного зве-

ньев системы окислительного гомеостаза, состояние тканевой микроциркуляции изучалось методом лазерной доплеровской флюметрии.

РЕЗУЛЬТАТИ ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При изучении клинической картины отмечена достоверно более высокая эффективность предлагаемой схемы лечения. Так, к 14-м суткам наблюдения у больных второй группы такие основные проявления коррозионной травмы пищевода, как дисфагия, одинофагия и рвота, были устранены в 92% наблюдений, в то время как вышеуказанные симптомы сохранялись у 32% больных первой группы.

Влияние тиотриазолина на состояние системы окислительного гомеостаза реализуется достоверным снижением первичных и конечных продуктов перекисного окисления липидов в два раза уже к 7-м суткам лечения. В то же время наблюдается достоверное увеличение активности компонентов системы антиоксидантной защиты. (табл. 1).

Методом лазерной доплеровской флюметрии установлено, что применение тиотриазолина улучшило показатели тканевой перфузии уже к концу первой недели лечения, а к 14 суткам наблюдения показатели у больных второй группы достоверно не отличались от таковых у здоровых добровольцев. У больных же первой группы даже к концу второй недели лечения сохранялись значительные изменения тканевой перфузии, что являлось показателем сохраняющейся активности коррозионного эзофагита.

Учитывая, что эндоскопическое исследование является единственным методом, позволяющим оценить степень и распространённость коррозионных повреждений, отдельный раздел работы посвящён изучению влияния тиотриазолина на эндоскопическую картину химической травмы верхних отделов пищеварительного тракта. Как видно из рисунка 1, у больных со второй степенью ХОП, поступивших на 7–9 сутки с момента травмы, при эндоскопическом исследовании отмечалась резкая гиперемия слизистой оболочки, отёк и нарушение целостности. У 77% пострадавших воспалительно-отёчные явления охватывали всю слизистую пищевода. В просвете пищевода обнаруживалось повышенное содержание слизи, эрозии, в большинстве случаев множественные (см. рис. 1. А, 1. В). В 72% наблюдений эрозивные изменения сочетались с наличием очаговых налётов фибрина.

Таблица 1

Влияние тиотриазолина на систему окислительного гомеостаза у больных с ХОП (n=36-47)

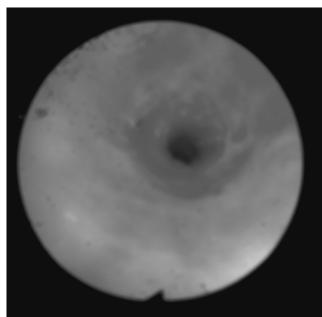
Группа	Стат. пок.	Здоровые	При поступлении	Сроки исследования, сутки	
				7	14
Диеновые коньюгаты (ммоль/л)					
первая	M±m	0,473 0,045	0,986* 0,095	0,886* 0,085	0,890* 0,087
	M±m			0,732**/*** 0,07	0,644**/*** 0,081
ТБК-продукты (нмоль/л)					
первая	M±m	81,62 8,2	194,74* 19,1	169,05* 16,2	151,92** 14,9
	M±m			112,39**/*** 11,23	99,57**/***/*** 9,75
Катализ (кКат/л)					
первая	M±m	140,7 13,9	48,3* 7,4	51,1* 6,6	75,5* 9,2
	M±m			131,7**/*** 9,2	143,2**/*** 11,4
Сульфогидрильные группы (ммоль/л)					
первая	M±m	2,45 0,15	1,13* 0,111	1,38* 0,11	1,39* 0,11
	M±m			1,74**/*** 0,175	1,87**/***/*** 0,18

1. * — достоверно в сравнении со здоровыми

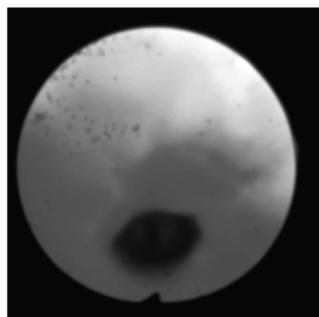
2. ** — достоверно в сравнении с показателями при поступлении

3. *** — достоверно в сравнении с первой группой

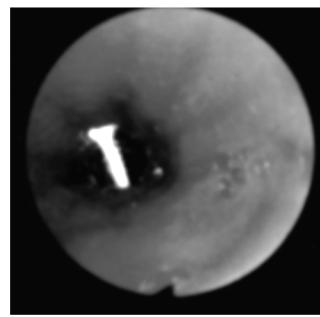
В половине данных случаев эрозии были покрыты фибрином, создавали картину тонких налётов белесовато-серого цвета на ярко-красной, гиперемированной слизистой (рис. 1). При комбинированных ожогах в желудке выявлялись эрозивные повреждения слизистой оболочки на фоне катарального коррозионного гастрита (см. рис. 2).



А.

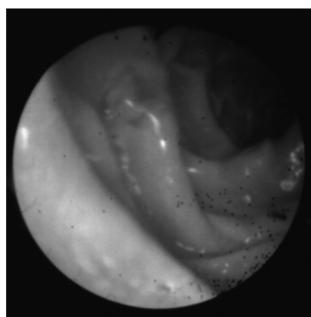


Б.

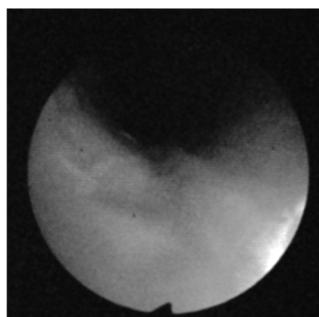


В.

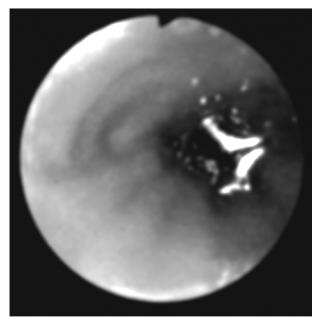
Рис. 1. Эндоскопическая картина ХОП 2-й степени.



А.



Б.



В.

Рис. 2. Эндоскопическая картина комбинированной химической травмы пищевода и желудка 2-й степени.

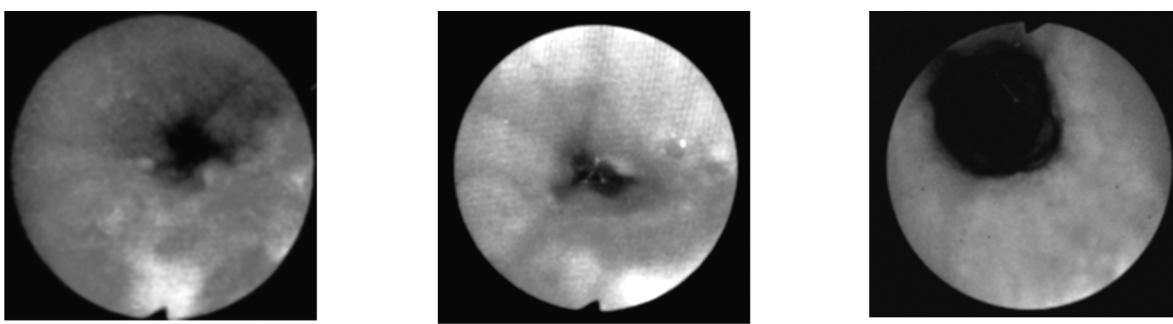
Почти в 50% случаев комбинированной травмы эрозивные изменения распространялись на антравальный отдел желудка, что приводило к развитию недостаточности моторно-эвакуаторной функции и гастроэзофагеального рефлюкса.

При эндоскопическом контроле на фоне проводимого в течение 7 суток стандартного и предлагаемого лечения эндоскопическая картина в двух группах существенно отличалась. Так, ни у одного больного первой группы не удалось купировать явления коррозионного эзофагита (см. рис. 3). Сохранялись эрозии, местами множественные, более чем в 35% случаев налёты фибрина не исчезали, были выраженные признаки перифокального воспаления (рис. 3). Из рисунка 3 видно, что у этих пациентов наблюдалось лишь незначительное уменьшение налётов фибрина и очагов гиперемии вдали от наиболее тяжёлых участков повреждения слизистой оболочки.

Следует отметить, что в 15% наблюдений у больных со второй степенью ХОП, получающих только стандартное лечение, констатировано начало формирования структур пищевода с умеренным сужением и деформацией его просвета, несмотря на проводимое бужирование (рис. 3. Б.).

В тоже время у больных, получавших в комплексе лечения тиотриазолин, полное стихание эзофагита к этим срокам наблюдения отмечалось в трети случаев химических ожогов второй степени (см. рис. 4. В.).

В данной группе больных более чем в 65% наблюдений к 7-8 суткам лечения налёты фибрина уменьшались по площади либо исчезали, гиперемия слизистой оболочки сохранялась только в зонах множественной локализации эрозий и в местах первичного повреждения (см. рис. 4. А, 4. Б.).

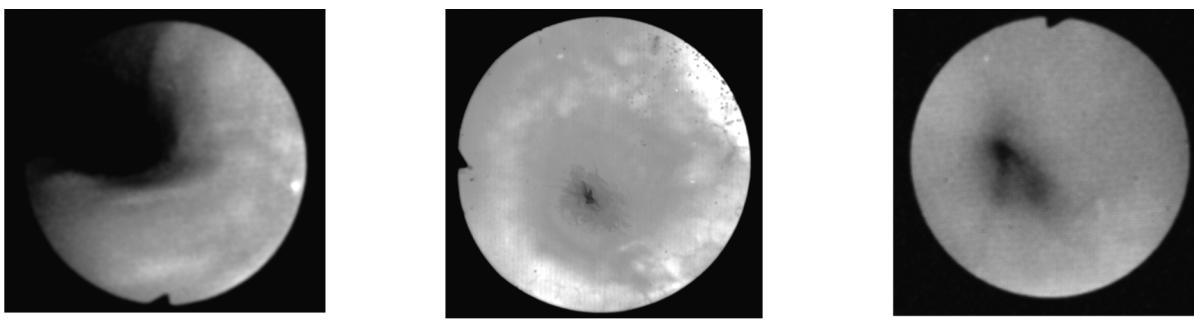


А.

Б.

В.

Рис. 3. Эндоскопическая картина ХОП второй степени. 1-я группа.



А.

Б.

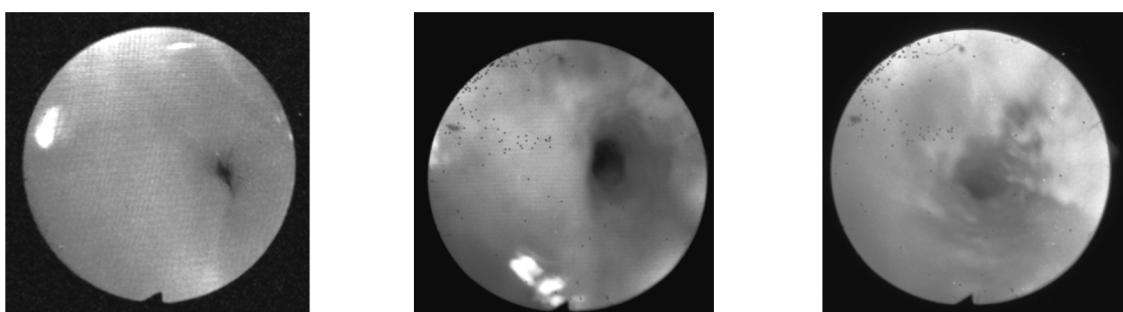
В.

Рис. 4. Эндоскопическая картина ХОП 2-й степени. 2-я группа.

В целом, после семидневного курса терапии тиотриазолином отмечалась значительная положительная динамика, которая проявлялась полным купированием эзофагита в 30% наблюдений, а более чем в 60% случаев удалось значительно уменьшить проявления воспалительного процесса в стенке пищевода.

При комбинированных коррозионных травмах второй степени у больных первой группы в желудке сохранялись эрозии и напластвования фибрина, отмечались эндоскопические признаки гипомоторики. У пациентов же второй группы к этим же срокам (7-8-е сутки) отмечалось стихание гиперемии и отёка слизистой оболочки.

В дальнейшем, к 14-м суткам лечения при эндоскопическом исследовании пищевода с химическим ожогом второй степени, у 40% больных первой группы эрозий не было выявлено (см. рис. 5. А). На фоне проводимого лечения отёк слизистой купировался, восстанавливался её нормальный рельеф, а очаги гиперемии сохранялись на местах бывшего расположения эрозий либо окружали единичные участки их локализации (см. рис. 5. Б). Кроме того, регистрировались единичные небольшие, до 5 мм в диаметре, нежные налёты фибрина, что не сопровождалось нарушением проходимости и моторики пищевода и кардиальной зоны.



А.

Б.

В.

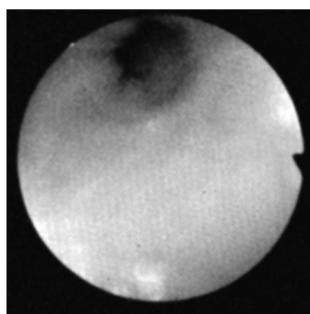
Рис. 5. Эндоскопическая картина ХОП 2-й степени. 1-я группа.

Важно отметить, что в 13% наблюдений при второй степени ХОП у больных первой группы отмечено усугубление тяжести коррозионного эзофагита (см. рис. 5. В).

При комбинированной химической травме у больных первой группы в указанные сроки наблюдения в 80% случаев отёк и гиперемия слизистой желудка купировались, у половины больных эрозивные дефекты были полностью эпителизованы, у остальных отмечались единичные участки эрозий без фибринна. Однако в 8% случаев при эрозивных повреждениях выходного отдела желудка отмечались его сужение.

В то же время у больных второй группы, получавших в комплексе лечения тиотриазолин, в 70% случаев ХОП второй степени к 14-м суткам лечения удалось полностью купировать явления ожога с полным восстановлением слизистой оболочки (рис. 6. А).

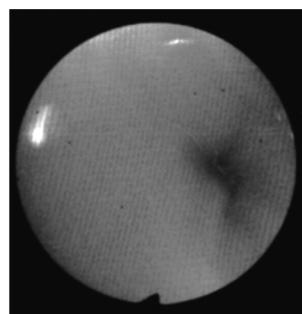
При этом у остальных 30% больных отмечались единичные очаги гиперемии на местах бывшего расположения эрозий (рис. 6. Б, 6. В). Проходимость пищевода соответствовала норме.



А.



Б.



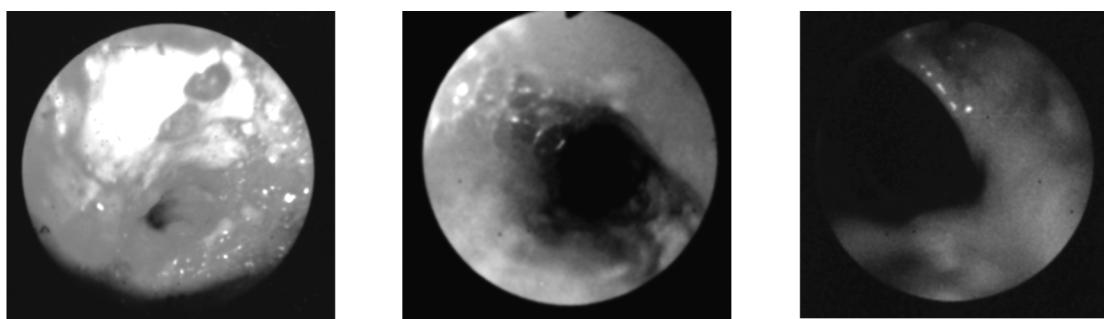
В.

Рис. 6. Эндоскопическая картина ХОП 2-й степени. 2-я группа.

При комбинированных коррозионных повреждениях второй степени к 14-м суткам лечения в желудке больных второй группы выявлялись изменения в виде очагов гиперемии и редко единичных эрозий. Следует отметить, что ни в одном случае эндоскопически не отмечено усугубления тяжести эзофагита и формирования структуры.

Отдельную группу больных составили пациенты, поступившие в клинику с третьей степенью химической травмы пищевода. На 7–9-е сутки с момента ожога при эндоскопическом исследовании пострадавших обнаруживались фибринозно-язвенно-некротические изменения (см. рис. 7).

Во всех случаях 3-й степени ожога пищевода химической этиологии на фоне яркой гиперемии слизистой оболочки и множества эрозий обнаруживались массивные и обширные напластования фибринна, покрывающие глубокие коррозионные язвы (см. рис. 7. А, 7. Б). У трети больных выявлялись напластования на стенке пищевода некротического детрита тёмно-серого цвета в зонах наиболее глубокого поражения (см. рис. 7. Б). Вокруг некрозов — слизистая оболочка с множеством глубоких эрозий, кровоподтёков и химических язв. Стенка пищевода резко отёчна, при инструментальной пальпации ригидна за счёт имбибиции плазмой, перистальтика отсутствует, более чем в 55% выраженные некротически-язвенные изменения занимали среднюю треть пищевода (см. рис. 7. Б). В 15% случаев при фиброзофагоскопии обнаруживался тотальный фибринозно-эрозивно-некротический эзофагит. Также в 27% наблюдений некрозы слизистой оболочки имели лентовидную форму, указывая место, по которому стекал повреждающий агент (см. рис. 7. Б). Выраженные некротически-язвенные изменения занимали среднюю треть пищевода (см. рис. 7. Б).



А.

Б.

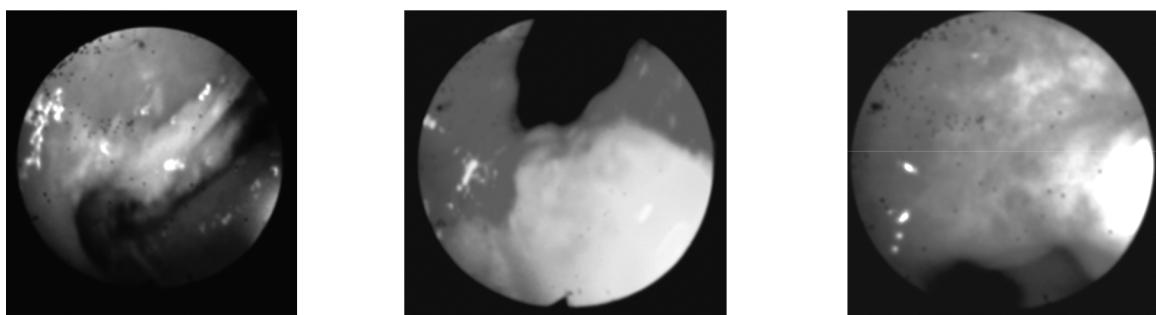
В.

Рис. 7. Эндоскопическая картина ХОП 3-й степени.

В 15% случаев при фиброзоэзофагоскопии обнаруживался тотальный фибринозно-эррозивно-некротический эзофагит. Следует отметить, что при ХОП третьей степени при фиброзэндоскопическом исследовании комбинированные поражения выявлены в 70%, а при тотальном химическом ожоге пищевода третьей степени коррозионная травма желудка обнаруживалась в 100% случаев (см. рис. 8). В случае ожога желудка в 63% наблюдений в эти сроки отмечались обширные язвенные дефекты, покрытые фибрином (см. рис. 8. Б). Особенно глубокие и тяжёлые дефекты слизистой оболочки располагались по малой и большой кривизне (см. рис. 8. А, 8. В).

Проведенный семидневный курс терапии по стандартной и предлагаемой схемам лечения позволил добиться достаточно выраженной положительной динамики эндоскопической картины при ХОП 3-й степени.

Так, у пациентов первой группы язвы, покрытые фибрином, к окончанию первой недели лечения локализовались, как правило, в зоне наибольшего повреждения пищевода. Гиперемия и отёк слизистой оболочки пищевода к 7-8 суткам лечения уменьшались у 50% больных. Эрозии становились единичными и выявлялись ближе к зонам формирующихся стриктур. Но даже к седьмым суткам лечения у больных первой группы сохранялись значительные деструктивно-воспалительные изменения как пищевода, так и желудка (см. рис. 9). При этом у 23% больных констатировано усугубление тяжести течения коррозионного эзофагита.



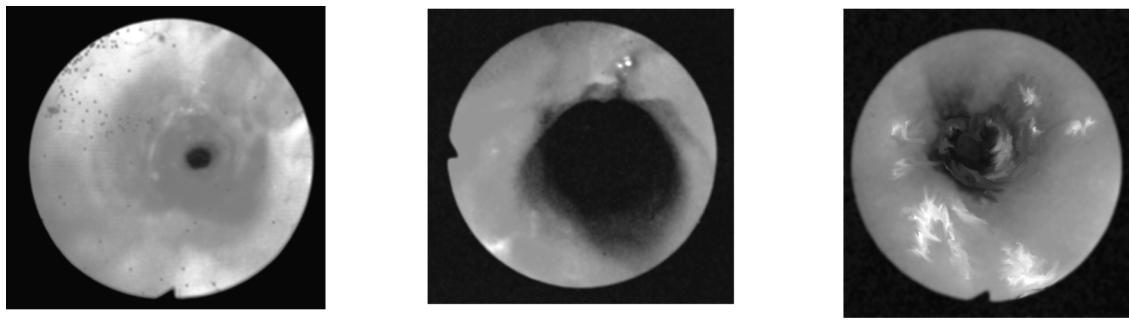
А.

Б.

В.

Рис. 8. Эндоскопическая картина комбинированной коррозионной травмы пищевода и желудка 3-й степени

В то же время у больных, получавших в комплексе лечения тиотриазолин, в 40% случаев отмечалась чёткая положительная эндоскопическая динамика (см. рис. 10).



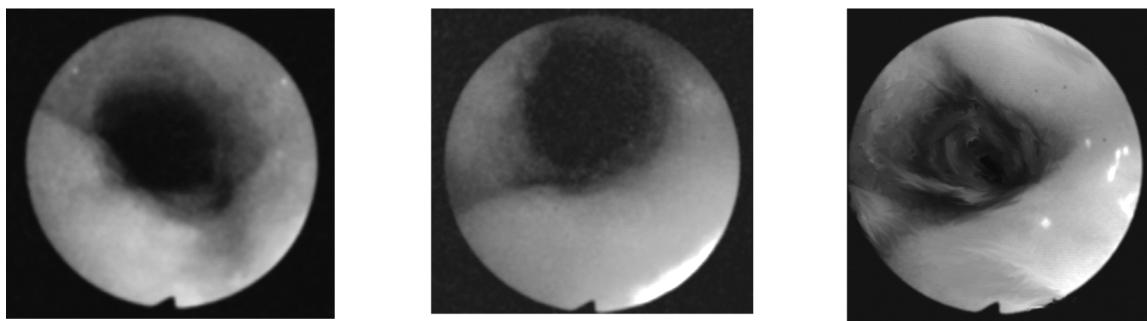
А.

Б.

В.

Рис. 9. Эндоскопическая картина ХОП 3-й степени. 1-я группа

Значительно уменьшался отёк слизистой оболочки, исчезали эрозии, восстанавливалась моторика пищевода (рис. 10. Б). На участках наиболее глубокого поражения стенки пищевода уменьшалось количество дефектов слизистой оболочки, значительно ограничивались по площади налёты фибрин, коррозионные язвы очищались в 30% случаев, появлялась нежная грануляционная ткань (см. рис. 10. А, 10. В).



А.

Б.

В.

Рис. 10. Эндоскопическая картина ХОП 3-й степени. 2-я группа.

При этом важно отметить, что проходимость пищевода не страдала. В целом, к 7-м суткам лечения проявления реактивного воспаления удавалось купировать у трети больных второй группы и значительно уменьшить явления коррозионного эзофагита в зонах глубокого ожога стенки пищевода. Отсутствие положительной динамики течения ХОП отмечено только в 6% случаев (см. рис. 10. В).

При комбинированных химических ожогах третьей степени у больных первой группы язвенные дефекты желудка к 7-м суткам лечения незначительно очищались от некрозов и фибрин, площадь их не уменьшалась. Сохранялись явления нарушений моторики желудка. У больных второй группы положительная динамика в эндоскопической картине химического ожога желудка отмечена в 56% наблюдений. Это проявлялось очищением язв от некротического струпа и фибрин, появлением активно развивающихся грануляций, у 70% больных отмечалось уменьшение площади и глубины дефектов слизистой, восстановление моторики желудка.

Эндоскопическая картина ХОП третьей степени к 14-м суткам лечения значительно менялась в обеих группах.

Ни у одного из больных первой группы, получавших стандартную терапию, купировать полностью коррозионный эзофагит не удалось (см. рис. 11), а в 50% наблюдений обнаруживались эрозии и множественные налёты фибрин, покрывающие ещё не эпителиализированные язвенные дефекты (см. рис 11. Б).

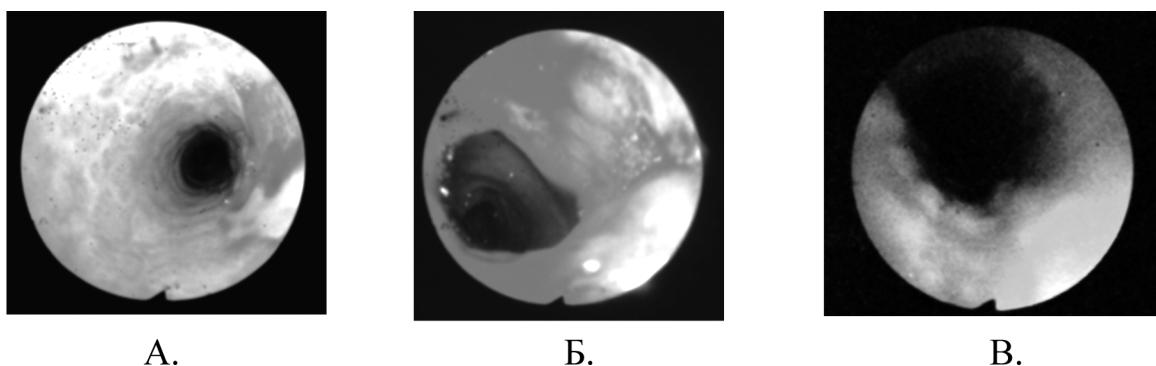


Рис. 11. Эндоскопическая картина ХОП 3-й степени. 1-я группа.

У 32% больных первой группы к 14-м суткам лечения добиться удовлетворительной проходимости пищевода не удалось.

У больных второй группы в 29% случаев удалось полностью купировать коррозионный эзофагит (см. рис. 12). У 35% больных сохранялись единичные очаги гиперемии без эрозий. Важно отметить, что у этой категории пациентов ко второй неделе проводимого лечения полностью восстанавливалась моторика пищевода и замыкательная функция кардии. Отсутствие выраженной положительной динамики отмечено только у 6 (14%) пациентов второй группы с ХОП 3-й степени.

В случае комбинированной химической травмы у больных первой группы к 14-м суткам лечения сохранялись язвенные дефекты, в 35% случаев они были покрыты фибрином, сохранялась картина перифокального воспаления.

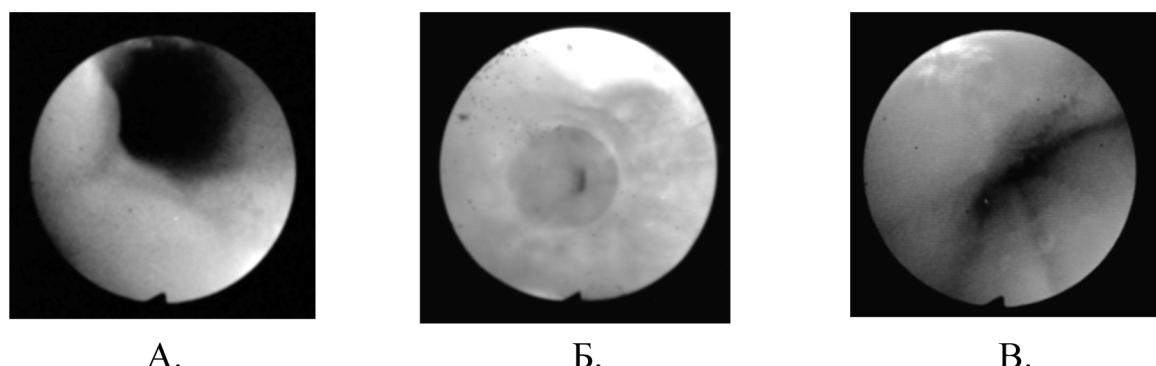
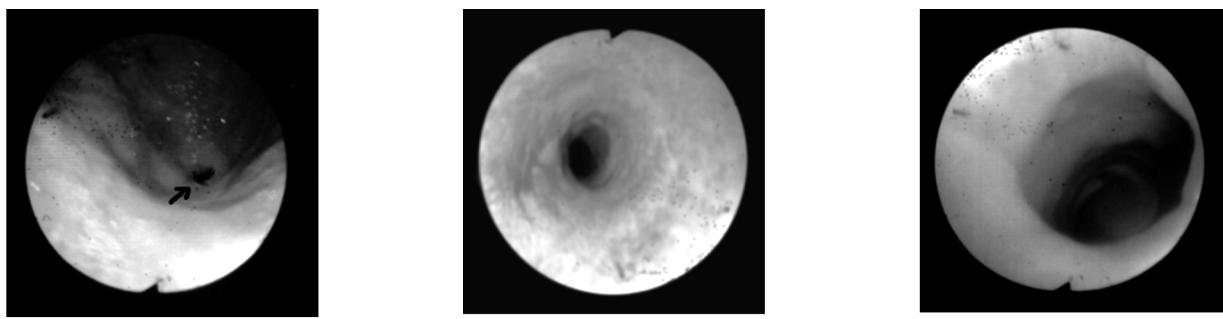


Рис. 12. Эндоскопическая картина ХОП 3-й степени. 2-я группа.

В случаях коррозионного повреждения антрального отдела желудка (у 35% больных) выявлена картина суб- и декомпенсированного послеожогового пилоростеноза (см. рис. 13. А, 13. Б), в 11% констатировано сочетанное формирование рубцовой структуры пищевода и послеожогового пилоростеноза (рис. 13. В), что в 2,7% наблюдений протекало на фоне некротической перфорации пищевода.

В то же время у больных, получавших в комплексе лечения тиотриазолин, в 45% случаев наблюдалась полная эпителилизация язвенных дефектов желудка. Ещё у 30% больных отмечено значительное уменьшение площади коррозионных язв, пораженные участки слизистой были заполнены грануляционной тканью. В целом, у пациентов второй группы в 29% наблюдений удалось полностью купировать проявления коррозионной травмы к 14-м суткам лечения.

ВЫВОДЫ. Обобщенные данные и клинические исходы представлены на рисунке 14 и свидетельствуют о существенном преобладании эффективности предложенного нами способа лечения.



Рису. 13. Эндоскопическая картина комбинированной коррозионной травмы пищевода и желудка 3-й степени. 1-я группа.

Так, у больных, получавших в комплексе лечения тиотриазолин, коррозионный эзофагит в 70% случаев полностью купировался, а при третьей степени коррозионной травмы полное восстановление структуры пищевода наблюдалось в 45% случаев, формирование структур во второй группе отмечено только в 15% наблюдений, а развитие сочетанных рубцовых изменений пищевода и желудка — лишь в 2,44%.

В случаях комбинированной травмы послеожоговый декомпенсированный пилоростеноз развился лишь у 8% пациентов, получивших тиотриазолин.

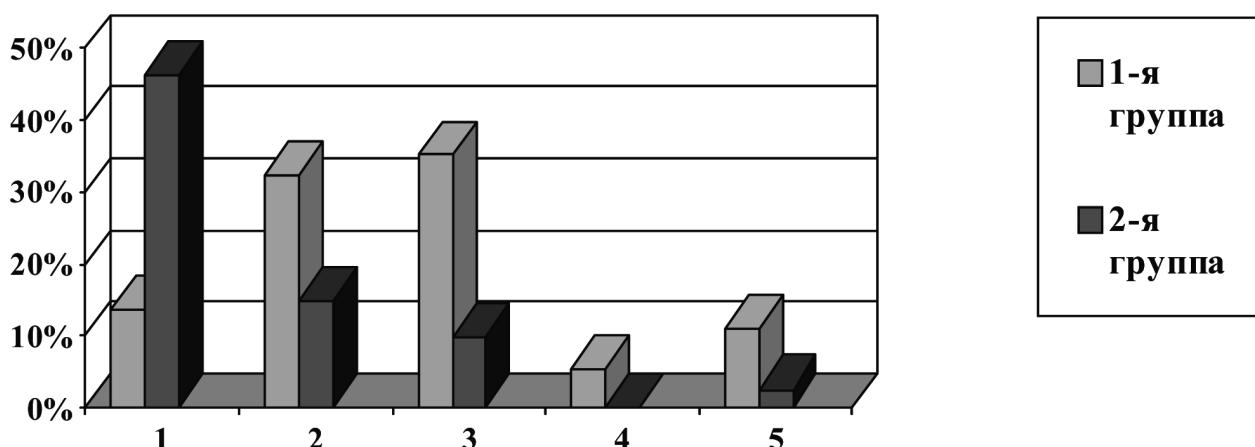


Рис. 14. Исходы ХОП на фоне стандартного и предлагаемого лечения.

1 — выздоровление, 2 — формирование структур пищевода, 3 — формирование пилоростеноза, 4 — некроперфорации пищевода, 5 — сочетание рубцовых структур пищевода и пилоростеноза.

Таким образом, изученные в процессе выполнения данной работы основные аспекты действия тиотриазолина, позволили установить, что изученный препарат обладает широким спектром фармакологической активности и способен оказывать корригирующее влияние на основные лимитирующие звенья патогенеза коррозионной травмы пищевода. Применение тиотриазолина значительно повышает эффективность лечения коррозионной травмы верхних отделов пищеварительного тракта, повышает эффективность профилактического бужирования пищевода и позволяет значительно снизить количество рубцовых осложнений химической травмы пищевода и желудка.

Перечень литературы:

1. Волков С. В., Ермолов А. С., Лужников Е. А. Химические ожоги пищевода и желудка. — М.: изд-во Медпрактика, 2005. — 120 с.

2. Эндоскопическая и рентгенологическая диагностика гастроэзофагеального рефлюкса у больных с химическим ожогом пищевода и желудка//Пинчук Т.П., Абакумов М.М., Самохвалова В.И. и др.//Российские мед. вести. — 2004. — Т. 9, № 1. — С. 36–43.
3. Волков С.В., Лужников Е.А., Сордия Д.Г. Эндоскопические методы в комплексном лечении больных с химическими ожогами желудка//Аnestезиология и реаниматология. — 1998. — № 6. — С. 31–34.
4. Антеградная и ретроградная эзофагофиброскопия у больных с рубцовыми структурами пищевода/Синев Ю.В., Миронов А.В., Волоцков В.И. и др.//Грудная хирургия. — 1988. — № 3. — С. 73–75.
5. Галлингер Ю.И. Эндоскопическая хирургия стенозов пищевода и желчных протоков//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997. — № 3. — С. 30–35.
6. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов пищевода//Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 5. — С. 33–39.
7. Рентген-эндоскопическое бужирование протяженных рубцовых структур пищевода/Мяукина Л.М., Филин А.В., Андреев А.Л. и др.//Лапароскопические вмешательства при острых хирургических заболеваниях живота: Сборник научных трудов. — СПб., 1997. — С. 65–66.
8. Макаров А.В. Клініко-морфологічні форми опікового ураження стравоходу та глотково-стравохідного переходу/А.В. Макаров, В.Г. Гетьман, С.С. Ксенофонтов //Клінічна хірургія. — 2007. — № 4. — С. 5–8.
9. Мазур И.А. Метаболитотропные препараты/И.А. Мазур, И.С. Чекман, И.Ф. Беленичев, Н.А. Волошин, Н.А. Горчакова, Л.И. Кучеренко//Запорожье, 2007. — 309 с.

ЗМІСТ

ТОРАКАЛЬНА ХИРУРГІЯ: ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ	3
1. Mazin Eljamal, MD, FACS, Peter Goldstraw, FRCS Al Bashir Hospital, Amman, Jordan, Royal Brompton Hospital, London, UK BRONCHIAL CARCINOID TUMOURS:DO THEY NEED EXTENSIVE RESECTION?	7
2. El Jamal M, Mathisen DJ Thoracic Surgery Unit, Massachusetts General Hospital, MA, USA ANALYSIS OF ESOPHAGECTOMY IN PATIENTS 70 YEARS AND GREATER <O: P>PAN>.....	7
3. José Manuel Mier, Laureano Molins, Juan José Fibla Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, Spain THE BENEFITS OF DIGITAL AIR LEAK ASSESSMENT AFTER PULMONARY RESECTION: PROSPECTIVE AND COMPARATIVE STUDY.....	8
4. Аминодов С. А. ГУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», г. Иваново, Россия НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО	9
5. Андреєва Л. М., Скрипник О. А., Горбенко Н. І. Управління охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації, м. Кіровоград, Україна ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ НА ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ІНСТРУМЕНТІВ ТА МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ).....	9
6. Андреєва Л. М., Скрипник О. А., Горбенко Н. І. Управління охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації, м. Кіровоград, Україна АНАЛІЗ УПРАВЛІНСЬКИХ ПІДХОДІВ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	11
7. Атюков М. А., Пищук В. Г., Оборнев А. Д., Яблонский П. К. СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, г. Санкт-Петербург, Россия ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАТАМЕНИАЛЬНОГО ПНЕВМОТОРАКСА.....	13
8. Бабич М. И. Отделение торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера, г. Херсон, Украина ИНТЕНСИВНЫЙ ЭТАП ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ .	14
9. Балашова О. И.¹, Суховерша О. А.², Литвин И. В.¹, Сазонов С. П.², Бобров О. О.², Басараб М. Ю.¹, Звонарьова Н. Г.¹ ¹ Дніпропетровський обласний клінічний онкодиспансер, ² Дніпропетровський міський онкоторакальний центр, МБКЛ № 4, Україна ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ РЕЗИДУАЛЬНИХ ПУХЛИН ПРИ ЛІКУВАННІ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МЕЖИСТИННЯ	15
10. Белоконев В. И., Ушаков Н. Г., Клюев К. Е. ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет». Кафедра хирургических болезней № 2, городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, г. Самара, Россия ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СРОКОВ ВЫТЯЖЕНИЯ РЕБЕРНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНОГО С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ	16
11. Бенян А. С.¹, Пушкин С. Ю.¹, Меликян Г. Б.² ¹ ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина» ² Медицинский центр «Эребуни», г. Ереван, Армения ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЛИНИИ ЛЕГОЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ДЛІТЕЛЬНОМ ПРОСАЧИВАННІ ВОЗДУХА.....	17

12.	Брикульский И. Б. ООО «Медицинские центры «МаксВелл» Медицинский центр «Медісвіт», г. Киев, Украина ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАНЕНИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В УСЛОВИЯХ НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОДНОЙ ИЗ АЗИАТСКИХ СТРАН	18
13.	Брикульский И. Б., Семененко В. В., Собко М. Г. ООО «Медицинские центры «МаксВелл» Медицинский центр «Медісвіт», г. Киев, Украина ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ.....	19
14.	Бурмистров М. В., Сигал Е. И., Морошек А. А., Тикаев Э. Р. ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан», г. Казань, Россия. Кафедра онкологии и хирургии КГМА, г. Казань, Россия СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	20
15.	Бурмистров М. В., Сигал Е. И., Морошек А. А., Тикаев Э. Р. ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан», г. Казань, Россия. Кафедра онкологии и хирургии КГМА, г. Казань, Россия СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАДИКАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ	20
16.	Вишневская Г. А., Королёва Н. С., Левицкая Н. Н., Паршин В. В., Милонова В. И. РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА	21
17.	Вишневский А. А., Печетов А. А. ФГУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского Минздравсоцразвития России» РЕОСТЕОСИНТЕЗ ГРУДИНЫ ФИКСАТОРАМИ С ЭФФЕКТОМ ПАМЯТИ ФОРМЫ КАК ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТОМ	22
18.	Владислав Гетьман¹, Олена Девятко², Даніела Дунклер², Міхаель Мюллер¹ ¹ Otto Wagner Spital, м. Віденсь, Австрія ² Медичний Університет м. Віденсь, Австрія ВІДНОВЛЕННЯ КРОВООБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ КУЛЬТІ	24
19.	Ганжий В. В., Перцов В. И., Моряк О. Ю., Гузь С. Г., Науменко В. А. Запорожский государственный медицинский университет, КП «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», Украина КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА БУРХАВЕ	25
20.	Гетьман В. Г., Макаров А. В., Лінчевський О. В., Мясніков Д. В. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Україна ХІРУРГІЯ ПОЛІТРАВМИ: ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ	27
21.	Гиллер Д. Б. Центральный НИИ туберкулеза РАМН, г. Москва, Россия МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ДОСТУПЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	28
22.	Горбенко А. И.¹, Колесник А. П., Шевченко А. И., Фудашкина Л. М.¹, Баранчук С. В. Запорожский государственный медицинский университет ¹ Запорожский областной клинический онкологический диспансер, Украина АНАЛИЗ ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЁГКОГО В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ С 2002 ПО 2008 ГОД	29
23.	Грубник В. В., Малиновский А. В., Гиуашвили Ш. Т. Кафедра хирургии № 1 Одесского государственного медицинского университета КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ 1500 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ.....	30

24. **Ерко И. П., Бардаков Г. Г., Балабушко С. Б.**
Черниговский областной онкологический диспансер, г. Чернигов, Украина
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА 31
25. **Жехонек А., Кацпжак Г.¹, Камінська О.¹, Колодзей Є., Кошак С.¹, Секела М.², Петришин О.²**
Кафедра і клініка торакальної хірургії Вроцлавської медичної академії
¹ Відділення торакальної хірургії, Нижньосілезький центр легеневих захворювань, м. Вроцлав, Польща
² Львівський регіональний фтизіопульмологічний центр, м. Львів, Україна
ПРОБЛЕМА ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ. ТАКТИКА ДІЙ.
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА МЕТОДАМИ NUSS-А ТА RAVITCH-А.
НАШ ВЛАСНИЙ ДОСВІД НА МАТЕРІАЛІ ВРОЦЛАВСЬКОГО ЦЕНТРУ ГРУДНОЇ ХІРУРГІЇ 32
26. **Жехонек А.¹, Колодзей Є.¹, Адам'як Я.², Камінська О.², Кошак С.³, Петришин О.³,**
Секела М.³, Райба П.⁴
¹ Кафедра грудної хірургії, Вроцлавська медична академія
² Нижньосілезький центр легеневих захворювань, м. Вроцлав, Польща
³ Львівський регіональний фтизіопульмологічний центр, м. Львів, Україна
⁴ Інститут інформаційних досліджень, Вроцлавський університет
ВПЛИВ ДЕЯКИХ ФАКТОРІВ НА ВІДДАЛЕНИ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ У ЛЕГЕНЯХ 33
27. **Завертыленко С. П., Мясоедов С. Д., Бацей И. С.**
Киевская городская онкологическая больница, г. Киев, Украина
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА:
10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ 34
28. **Иващенко В. Е., Калабуха И. А., Маэтный Е. Н., Хмель О. В., Гайдар А. А., Порк Е. М.,**
Живогляд А. М., Гергая Т. В.
ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПРОВЕДЕНИЮ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА 35
29. **Йовенко И. А., Куник Л. В., Кобеляцкий Ю. Ю., Шпак С. П., Коваленко Л. В.**
Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровская областная клиническая больница им. И. И. Мечникова, г. Днепропетровск, Украина
КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ ВСЛЕДСТВИЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА — СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ 36
30. **Калабуха И. А.**
ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ФТИЗИОХИРУРГИИ 38
31. **Калабуха И. А., Радіонов Б. В., Хмель О. В., Шаригін О. О., Ваднєв О. О.,**
Брянський М. В., Живогляд О. О.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕТАПНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ЛІКВІДАЦІЇ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНУ ТА УСКЛАДНЕНУ ПАТОЛОГІЮ ЛЕГЕНЬ 39
32. **Качмар В. М.**
Волинська обласна клінічна лікарня, Україна
ВИПАДКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ХІЛОТОРАКСУ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНІНИ 40

33. **Коршунов В. В., Чудинов Г. В., Дюжиков А. А.**
Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца
и электрокардиостимуляции
АЛЬТЕРНАТИВНА СТИМУЛЯЦІЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ КАРДІОРЕСИНХРОНІЗИРУЮЩЕЙ
ТЕРАПІЇ.....42
34. **Кошак С. Ф., Беляк О. В., Петришин О. С., Секела М. В., Рак Л. М., Гринчишин І. Я.,
Мажак К. Д.**
Львівський регіональний фтізіопульмологічний центр,
Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України, м. Львів, Україна
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ МЕДІАСТИНУ43
35. **Кравчук Б. О.**
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України,
кафедра торакальної хірургії та пульмонології, м. Київ, Україна
ОСОБЛИВОСТІ КОМПРЕСІЙНОГО СИНДРОМУ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ УТВОРАХ
МЕЖИСТИННЯ У ДІТЕЙ.....44
36. **Краснов Д. В., Краснов В. А., Грищенко Н. Г., Бесчетный Т. Г., Скворцов Д. А.**
Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза, г. Новосибирск, Россия
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ,
ДОПОЛНЕННОЙ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ — КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИЕЙ ...45
37. **Кузьмич В. М., Марчук І. К., Букатевич О. В., Барчук І. В., Водоп'ян В. А.,
Свентозельський І. С.**
Рівненська обласна клінічна лікарня, м. Рівне, Україна
ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ДІАФРАГМИ47
38. **Лазарев С. М., Решетов А. В., Клименко В. Н., Какышева О. Е.**
Санкт-Петербургская медицинская академия им. И. И. Мечникова,
НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова Росмедтехнологий, г. Санкт-Петербург, Россия
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ МЕТАСТАЗОВ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ48
39. **Левчик С. О., Гончарук М. І., Жолкевський С. І.**
Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Хмельницький, Україна
БІОЛОГІЧНЕ ПЛОМБУВАННЯ ЗАЛИШКОВИХ ПОРОЖНИН ПРИ ЕМПІЄМІ ПЛЕВРИ У ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ.....49
40. **Левчик С. О., Гончарук М. І., Жолкевський С. І.**
Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Хмельницький, Україна
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗІСТЕНТНИЙ РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ДВОБІЧНИЙ
ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ З ПЕРМАНЕНТНИМ ПРОГРЕСУВАННЯМ ПРОЦЕСУ51
41. **Лесовой В. Н., Антонян И. М., Илюхин Ю. А., Щукин Д. В.**
Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шапovala
Белгородская областная клиническая больница
РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНИК УДАЛЕНИЯ РЕТРОПЕЧЕНОЧНЫХ
И СУПРАДИАФРАГМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НПВ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....52
42. **Лесовой В. Н., Антонян И. М., Щукин Д. В., Илюхин Ю. А.**
Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповалы
Белгородская областная клиническая больница
НАШ ОПЫТ 2 077 ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА.....53
43. **Лукашев С. Н., Колесов Е. В., Штучков Е. В.**
Днепропетровский Национальный университет, г. Днепропетровск, Украина
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТЕХНИКА ЭНДОПЕРИКАРДИОСКОПИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
ЭЛЕКТРОСТИМУЛИРУЮЩИХ ЭЛЕКТРОДОВ В ЧЕТЫРЕ КАМЕРЫ СЕРДЦА.....54

44.	Ляс Н. В.¹, Хурнин В. Н.¹, Пушкин С. Ю.², Бенян А. С.², Решетов А. П.²	
	¹ ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»	
	² ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина», г. Самара, Россия	
	ПНЕВМОНЭКТОМИЯ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО	55
45.	Максим И., Гладун Н.	
	Республиканская клиническая больница, г. Кишинев, Молдова	
	ВІДЕОТИМЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МІАСТЕНИИ	55
46.	Мальований В. В., Григоренко А. М., Сас П. А., Гуменний І. З.	
	Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, кафедра хірургії № 1 з анестезіологією, урологією	
	КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня», м. Тернопіль, Україна	
	ДОСВІД ІМПЛАНТАЦІЇ ШТУЧНИХ ВОДІЇВ СЕРЦЕВОГО РИТМУ В УМОВАХ КЗ ТОР «ТУЛ»	56
47.	Мамедбеков Э. Н., Алиев К. Э., Мамедов И. Н.	
	Научно-исследовательский институт легочных заболеваний Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики	
	ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	57
48.	Мартынюк В. А., Шипулин П. П., Байдан В. И., Байдан В. В., Поляк С. Д., Козяр О. Н., Кирилюк А. А.	
	Одесская областная клиническая больница, отделение торакальной хирургии, г. Одесса, Украина	
	ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ПИЩЕВОДА	57
49.	Марчук І. К., Кузьмич В. М., Барчук І. В., Свентозельський І. В., Букатевич О. В., Карпюк С. Й., Водоп'ян В. А.	
	Рівненська обласна клінічна лікарня, м. Рівне, Україна	
	ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ	58
50.	Мирзоян О. С., Григорьева С. П.	
	РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия	
	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАКА ...	59
51.	Мітюк І. І., Кривецький В. Ф., Полянчук М. А., Розводовська С. В.	
	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	
	Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна	
	РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАЦІЙ СТРАВОХОДУ	60
52.	Мітюк І. І., Шапринський В. О., Кривецький В. Ф., Полянчук М. А.	
	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	
	Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна	
	РЕЗУЛЬТАТИ ТОТАЛЬНОЇ ТОВСТОКИШКОВОЇ ЕЗОФАГОПЛАСТИКИ	61
53.	Муравйов Т. В., Бартош Г. К., Дрозд А. В., Артиох В. В., Клюєв В. А., Патола А. О., Муравйов Ф. Т.	
	Житомирська обласна клінічна лікарня, м. Житомир, Україна	
	ТРИ ВИПАДКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КАСТЛЕМАНА	62
54.	Муравйов Т. В., Бартош Г. К., Дрозд А. В., Артиох В. В., Клюєв В. А., Патола А. О., Муравйов Ф. Т.	
	Житомирська обласна клінічна лікарня, м. Житомир, Україна	
	ТРИ ВИПАДКИ ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ БРОНХОПЛЕВРОТОРАКАЛЬНИХ НОРИЦЬ ПІСЛЯ ПНЕВМОНЕКТОМІЙ	65
55.	Оганесян А. К., Меликян Г. Б., Согомонян Г. С.	
	Медицинский центр Эребуни, г. Ереван, Армения	
	ПОЛИТРАВМА. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	67
56.	Оганесян А. К., Меликян Г. Б.	
	Медицинский центр Эребуни, г. Ереван, Армения	
	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОМИЕЛИТОМ ГРУДИНЫ И ДЕФЕКТОВ ГРУДНОЙ СТЕНКИ	68

57.	Опанасенко Н. С., Бабич М. И., Терешкович А. В., Коник Б. Н., Веремеенко Р. А. ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ВО ФТИЗИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	69
58.	Опанасенко Н. С., Терешкович А. В., Бычковский В. Б., Калениченко М. И. ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина МЕСТО ТОРАКОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	70
59.	Паршин В. Д., Бирюков Ю. В., Григорьева С. П. РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, отделение хирургии легких и средостения, г. Москва, Россия РЕДКИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ – ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	71
60.	Паршин В. В., Вишневская Г. А., Паршин В. Д., Перельман М. И. РНЦХ им. академика Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия ХИРУРГИЯ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА В СОЧЕТАНИИ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ	72
61.	Паршин В. Д., Григорьева С. П., Мирзоян О. С. РНЦХ им. академика Б. В. Петровского РАМН, отделение хирургии легких и средостения, г. Москва, Россия МЕСТО КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО	73
62.	Паршин В. Д., Русаков М. А., Пурецкий М. В., Базаров Д. В., Филимонова М. В. РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, отделение хирургии легких и средостения, г. Москва, Россия СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ.....	73
63.	Петрунькин А. М., Пичуров А. А., Оржешковский О. В., Козак А. Р., Яблонский П. К. Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОБЛ	74
64.	Петухов В. И., Русецкая М. О. Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Беларусь ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ	75
65.	Пичуров А. А., Оржешковский О. В., Петрунькин А. М., Яблонский П. К. Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХОБЛ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПНЕВМОТОРАКСА.....	76
66.	Покидько М. І., Шевчук О. М., Шевчук М. Т. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна Кіровоградська обласна лікарня ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛЯХОМ ВИКОНАННЯ КИШКОВОЇ СИМПАТЕКТОМІЇ	77
67.	Попович А. Ю., Ладур А. И., Кондратюк Б. П., Кравцова В. Н., Кубышковский А. Л., Глазков А. В., Фоменко А. Н., Панасенко С. А., Зыков Д. С. ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр», г. Донецк, Украина ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО	78
68.	Порханов В. А., Барбухатти К. О., Кононенко В. Б., Белаш С. Ю., Коваленко А. Л., Скопец А. А., Ситник С. Д., Поляков И. С. ГУЗ «Краевая больница клиническая больница № 1» — Центр грудной хирургии, г. Краснодар, Россия СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ И ЛЕГКОМ (ПРИ РАКЕ) ИЗ СТЕРНОТОМНОГО ДОСТУПА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	79

69. **Порханов В. А., Поляков И. С., Кононенко В. Б., Коваленко А. Л., Данилов В. В., Нарыжный В. Н.**
Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С. В. Очаповского — Центр грудной хирургии, г. Краснодар, Россия
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРХУШЕЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО 89
70. **Порханов В. А., Поляков И. С., Кононенко В. Б., Коваленко А. Л., Данилов В. В., Нарыжный Н. В.**
Краевая клиническая больница № 1 — Центр грудной хирургии, г. Краснодар, Россия
СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДВУСТОРОННЯЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗА-Б СТАДИЕЙ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКИХ..... 89
71. **Притуляк С. Н.**
Винницкий областной клинический онкологический диспансер, г. Винница, Украина
ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ШУНТИРУЮЩИХ ПЛАСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПИЩЕВОДЕ У БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД..... 90
72. **Проценко А. В., Лукьянов Ю. В.**
Кафедра онкологии Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь, Украина
НОВЫЙ СПОСОБ ТОРАКОПЛАСТИКИ И МЫШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОМ СВИЩЕ И ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ ПОСЛЕ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ 91
73. **Пушкин С. Ю.¹, Белоконев В. И.², Ляс Н. В.³, Бенян А. С.¹, Решетов А. П.¹**
¹ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина», г. Самара, Россия
²ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»
³ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ТАКТИКА И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СУЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА 92
74. **Радионов Б. В., Калабуха И. А., Волошин Я. М.**
Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины, г. Киев, Украина
РЕЗУЛЬТАТЫ ТРУДОВОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ 93
75. **Радионов Б. В., Калабуха И. А., Савенков Ю. Ф., Хмель О. В.**
ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, Украина
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ 95
76. **Рожко В. И.¹, Суховерша О. А.², Чернокнижная Н. В.¹, Фурдаленко Н. С.¹**
¹КУ «11 городская клиническая больница», г. Днепропетровск, Украина
²Днепропетровская государственная медицинская академия
КОНЦЕПЦИЯ «БЕССТРЕССОВОЙ АНЕСТЕЗИИ» В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ 97
77. **Рожко В. И.¹, Суховерша А. А.², Чернокнижная Н. В.¹, Фурдаленко Н. С.¹, Постоленко Т. В.¹**
¹КУ «Городская клиническая больница № 11» г. Днепропетровска, Украина
²Днепропетровская государственная медицинская академия
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ 98
78. **Рябченко Е. В.², Суховерша А. А.¹, Белозорова А. К.², Бородина И. А.², Василишин А. В.², Новиков С. П.², Дубова В. Н.**
¹Днепропетровская государственная медицинская академия,
²КУ «Городская многопрофильная клиническая больница № 4», г. Днепропетровск, Украина
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ 99
79. **Секела М. В., Кошак С. Ф., Томашевський В. В., Максимович М. М., Мотрук Ю. В.**
Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр, м. Львів, Україна
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРІХ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ..... 100

80. Соколов В. В.¹, Дубров С. О.²	
¹ Київська міська клінічна лікарня № 17.	
² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	
ПРОСПЕКТИВНЕ РАНДОМІЗОВАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОЛОНГОВАНОЇ	
ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ДЛЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ЗАГАЛЬНІЙ	
ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	101
81. Сокур П. П., Сергієнко А. В., Сніжко В. І., Кравчук Б. О., Серденко Б. Б.	
Кафедра торакальної хірургії та пульмонології НМАПО ім. П. Л. Шупика, м. Київ, Україна	
СТОРОННІ ТІЛА ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЇХ УСКЛАДНЕННЯ	103
82. Спиженко Ю. П., Бобров О. Е., Чеботарєва Т. И., Леонович А. Л., Лещенко Ю. Н.,	
Шараевский О. А., Лучковский С. Н.	
Центр онкологии и радиохирургии «Киберклиника Спиженко», Украина	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ	
С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКИХ	104
83. Стариков В. И., Ходак А. С., Трунов Г. В., Сенников И. А.	
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина	
ВЛИЯНИЕ МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО	
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО	105
84. Сташенко А. Д.	
Отделение торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАПСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ	
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	106
85. Сташенко Д. Д., Ручкин В. С., Максимишин И. В.	
Отделение торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера,	
г. Херсон, Украина	
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	
РАКА ПИЩЕВОДА	107
86. Сташенко А. Д., Тимошенко В. П., Сирік А. А.	
Отделение торакальной хирургии, Херсонский областной противотуберкулезный диспансер,	
г. Херсон, Украина	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА	108
87. Ступаченко О. Н., Ступаченко Д. О.	
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина	
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Украина	
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ТРАХЕЕ И БРОНХАХ	109
88. Суховерша О.А.¹, Диба І.М.², Сазонов С.П.², Бобров О.О.²	
¹ Дніпропетровська державна медична академія,	
² КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4» м. Дніпропетровська, Україна	
ЕНДОВАСКУЛЯРНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВОПОШІРЕНИХ ПУХЛИН ЛЕГЕНЬ	
ТА СЕРЕДОСТІННЯ	110
89. Суховерша О. А.^{1,2}, Сазонов С. П.², Артюшенко Л. Т.², Бобров О. О.²	
¹ Дніпропетровська державна медична академія,	
² КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4», м. Дніпропетровськ, Україна	
РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ СОЛІДНИХ ПУХЛИН В ЛЕГЕНІ	111
90. Суховерша О. А.¹, Сазонов С. П.², Артюшенко Л. Т.², Бобров О. О.²	
¹ Дніпропетровська державна медична академія,	
² КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4», м. Дніпропетровськ, Україна	
РОЛЬ ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ В ЛІКУВАННІ ДРІБНОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНЬ	112
91. Суховерша О. А., Терещенко С. В., Артюшенко Л. Т., Сазонов С. П., Бобров О. О.	
КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4», м. Дніпропетровськ, Україна	
ДОСВІД ЕНДОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	113

92.	Ткач А. А., Болюх Б. А., Одарченко П. Я.	
	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	
	Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер, м. Вінниця, Україна	
	ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНЬ ТА СТРАВОХОДУ У ВІННИЦЬКОМУ РЕГІОНІ.....	114
93.	Тома А., Гладун Н., Балика И.	
	Торакальное отделение РКБ, г. Кишинев, Молдова	
	НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА.....	115
94.	Унгуряну С., Маломан Е., Гладун Н.	
	Отделение общей хирургии, Республиканская клиническая больница, г. Кишинев, Молдова	
	АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	116
95.	Урсол Г. Н.¹, Бондарчук С. П.², Давыдкин В. А.², Коваль В. В.¹	
	¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,	
	² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина	
	БРОНХОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОПУЛЬМОНОЛОГИИ	116
96.	Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Бондарчук С. П.², Давыдкин В. А.², Фукс Е. Н.²	
	¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,	
	² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина	
	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ	117
97.	Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Клубникина Т. В.², Резниченко О. В.², Немазенко С. Е.³	
	¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,	
	² ЛДЦ «Ацинус»,	
	³ Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина	
	ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЩЕТОЧНОЙ И ЩИПЦОВОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ	
	ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКИХ	118
98.	Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Бондарчук С. П.², Давыдкин В. А.²	
	¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,	
	² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина	
	ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ЕГО ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА.....	118
99.	Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Бондарчук С. П.², Давыдкин В. А.², Фукс Е. Н.²	
	¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,	
	² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина	
	НАБЛЮДЕНИЕ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ АБСЦЕССОВ	
	ЛЕГКИХ И ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ	120
100.	Урсол Г. Н.¹, Коваль В. В.¹, Клубникина Т. В.², Резниченко О. В.², Немазенко С. Е.³	
	¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,	
	² ЛДЦ «Ацинус»,	
	³ Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина	
	ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ БИОПСИЙ И РЕЗЕКЦИЙ.....	121
101.	Урсол Г. Н.	
	МЦ ЧП «Больница Святого Луки», г. Кировоград, Украина	
	ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО	121
102.	Урсол Г. Н.	
	МЦ ЧП «Больница Святого Луки», г. Кировоград, Украина	
	РЕИНФУЗІЯ КРОВІ.....	122
103.	Урсол Г. Н.¹, Горенко В. А.², Кузнецова С. А.²	
	¹ МЦ ЧП «Больница Святого Луки»,	
	² Кировоградская областная больница, г. Кировоград, Украина	
	СОПОСТАВИМОСТЬ ДАННЫХ СКТ И ФБС ПРИ СУЖЕНИИ КРУПНЫХ БРОНХОВ	124
104.	Урсол Г. Н., Коваль В. В.	
	МЦ ЧП «Больница Святого Луки», г. Кировоград, Украина	
	ТАКТИКА ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ	124
105.	Фастаковский В. В.	
	МУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск, Россия	
	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИ-ТОРАКОТОМИИ — 853 СЛУЧАЯ.....	125

106. **Фастаковский В. В.**
МУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск, Россия
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИ-ТОРАКОТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕКГОГО 126
107. **Холодов А. Ф., Письменная С. М., Жовкльй С. П., Скоропад П. И., Калабухов И. В.**
Александрийская городская больница № 1, хирургическое отделение,
г. Александрия, Кировоградская обл.
ПОСТОЯННАЯ ГАСТРОСТОМИЯ ФИСТУЛЬНОЙ ТРУБКОЙ КОНСТРУКЦИИ С. Ф. ФЕДОРОВА
ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА 128
108. **Холодов А. Ф., Письменная С. М., Калабухов И. В., Чемойдан В. А.**
Александрийская городская больница № 1, хирургическое отделение,
г. Александрия, Кировоградская обл.
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА 129
109. **Царев А. В., Землянский Е. И., Дубина В. Н., Чернов А. И., Землянский Д. Е.,
Кобеляцкий Ю. Ю.**
Днепропетровская государственная медицинская академия, кафедра анестезиологии
и интенсивной терапии
Областной центр экстремальной медицинской помощи и медицины катастроф
КУ «Областная клиническая больница им. И. И. Мечникова», г. Днепропетровск, Украина
ПОЛІТРАВМА С ПРЕВАЛИРОВАННІМ ТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМЫ: СТРАТЕГІЯ ІНТЕНСИВНОЇ
ТЕРАПІЇ И ХИРУРГІЧЕСКОЇ ТАКТИКИ 130
110. **Цибульський Ю. І.¹, Суховерша О. А.²**
¹ Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4 м. Дніпропетровська, Україна
² Дніпропетровська державна медична академія
ДОСВІД ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СТРАВОХОДУ ТА ТРАХЕЇ В ОНКОЛОГІї 131
111. **Циганков А. Ю., Горбатюк І. М., Колосюк Л. В., Кривецький В. Ф., Краснов О. М.**
Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер, м. Вінниця, Україна
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДЕОАСИСТОВАНИХ РЕЗЕКЦІЙ В ХИРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ЛЕГЕНЬ 133
112. **Шапринський В. О., Сулейманова В. Г., Кривецький В. Ф., Полянчук М. А.**
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна
ОСОБЛИВОСТІ ХИРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ШІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОХОДЖЕННЯ
ГНІЙНОГО ПРОЦЕСУ 133
113. **Шаталюк Б. П., Франковський Р. Б., Корнійчук Ю. О., Урсол Н. Б., Прилепа О. І.,
Стрілець П. А., Наталіч В. М., Босак В. Л.**
Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, Україна
ФУНКЦІЯ ДИХАННЯ В ДИНАМІЦІ У ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ НА ЛЕГЕНЯХ 135
114. **Шевня С. П., Притуляк С. М., Ткач А. А., Київський П. І., Стрижаковський О. В.,
Луцкер О. О., Лисенко С. А., Тацюк Я. В.**
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
ЗАСТОСУВАННЯ СУПЕРСЕЛЕКТИВНОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ
В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ОНКОТОРАКАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ 136
115. **Шевчук І. М., Клим В. М.**
Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра хірургії № 2, м. Івано-Франківськ, Україна
ЕФЕКТИВНІСТЬ ХИРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕМОТОРАКСУ
У ХВОРИХ ІЗ ПОЛІТРАВМОЮ 137
116. **Шипулин П. П., Мартынюк В. А., Байдан В. И., Байдан В. В., Козяр О. Н.**
Одесская областная клиническая больница, отделение торакальной хирургии
ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПАНКОСТА,
ЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ 138

117. **Шулик М. Б., Сопілка В. В., Ляшенко М. В., Мітєв О. М.**
Кіровоградська ЦРЛ Кіровоградської області, Україна
ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ..... 139
118. **Шулик М. Б., Сопілка В. В., Ляшенко М. В., Мітєв О. М.**
Кіровоградська ЦРЛ Кіровоградської області, Україна
ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ НЕВИРАЗКОВИХ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВИХ КРОВОТЕЧ 139
119. **Щепотин И. Б., Плахотний И. В., Кравец О. В.**
Национальный институт рака, г. Киев, Украина
Коммунальное учреждение «Черкасский областной онкологический диспансер»,
г. Черкассы, Украина
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ
ФАРИНГОЭЗОФАГАЛЬНОГО РАКА 140
120. **Яблонский П. К., Павлушков Е. В., Головин В. Н., Милехин В. Е., Пищик В. Г.,
Бояркин А. А., Сизов О. М., Мальшаков В. М., Шлайдо Е. А., Федорова Т. А.**
СПбГУ Медицинский факультет
СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»
Центр интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии
НИИ фтизиопульмонологии, г. Санкт-Петербург, Россия
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГЧНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ 141
121. **Яблонский П.К., Петров А.С., Тлостанова М.С., Пищик В.Г.**
СПбГУ, медицинский факультет. СПбГУЗ ГМПБ № 2.
ФГУ РНЦРиХТ, г. Санкт-Петербург, Россия
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО Н-СТАДИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО БЕЗ ПРИЗНАКОВ ЛИМФОГЕННОГО
МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПО ДАННЫМ КТ 142

ПОБЕДИТЕЛИ КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

122. **Русецкая М. О.**
УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ 143
123. **Филатов Д. А.**
Луганский государственный медицинский университет. Кафедра хирургии и урологии.
г. Луганск, Украина
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРРОЗИОННОЙ ТРАВМЫ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 150

Підписано до друку 12.10.2010 р. Формат 60x84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний. Ум. друк. арк. 19,76.
Зам. № 881. Наклад 600 пр.

Надруковано
у поліграфічно-видавничому центрі ТОВ «Імекс-ЛТД».
Свідоцтво про реєстрацію серія ДК № 195 від 21.09.2000.
25006, Кіровоградська обл., м. Кіровоград, вул. Декабристів, 29
тел./факс (0522) 22-79-30, 32-17-05
e-mail: marketing@imex.kr.ua