

**Р. С. Демус, Б. М. Конік, Л. І. Леванда**  
**ВИКОРИСТАННЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА В РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ**  
**ПЕРІОДІ В ТОРАКАЛЬНИХ ХВОРИХ**

*ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"*

**Мета роботи**

Вивчити доцільність використання післяопераційно-

го пневмоперитонеума (ПП) у хворих з торакальною патологією.

Український пульмонологічний журнал. 2015, № 2. Додаток.

### Матеріали і методи

У нашій клініці за останні 8 років післяопераційний ПП був застосований в 417 випадках. Як правило, маніпуляція виконувалася відразу після оперативного втручання, коли пацієнт був під впливом наркотичних анальгетиків. Об'єм повітря, що вводиться в черевну порожнину, одномоментно становив від 1000 до 2500 см<sup>3</sup> і залежав від виду, травматичності й об'єму операції. ПП об'ємом 1000 см<sup>3</sup> був використано в 91 (21,8 %) випадках, 1500 см<sup>3</sup> – в 252 (60,4 %) пацієнтів, 2000 см<sup>3</sup> – в 65 (15,6 %) і 2500 см<sup>3</sup> – в 9 (2,2 %) випадках відповідно. ПП в поєднанні з механічною френікотрипсією застосовано у 67 (16,1 %) хворих. Вік досліджуваних пацієнтів коливався від 18 до 60 років, середній вік склав 32 роки.

### Результати і обговорення

Післяопераційний ПП найчастіше використовувався у хворих туберкульозом легень — 279 (66,9 %) випадків, при неспецифічних захворюваннях легень — в 80 (19,2 %) пацієнтів, у онкологічних хворих — в 58 (13,9 %) випадках. Щодо обсягу резекції, то післяопераційний ПП найчастіше був застосований після верхньої лобектомії праворуч і ліворуч, і плевретомії з декортикацією легені — 85 (20,4 %), 63 (15,1 %) і 56 (13,4 %) випадків відповідно. В 34 (8,2 %) випадках ПП був використаний після резекції легені з одномоментною корегуючою торакопластикою. Інші види втручань були нечисленними. Частіше використання післяопераційного ПП у хворих з туберкульозом легень пояснювалося порівняно утрудненим розправленням легені після операції, а також високим ризиком загострення специфічного процесу, особливо при наявності вогнищ відсіювання. При неспецифічних гнійно-запальних захворюваннях легень до використання ПП підхід був диференційований, адже основним фактором у патогенезі даної групи захворювань було порушення бронхіальної прохідності і, як результат, застій інфікованої мокротини з наступним нагноєнням. Найчастіше в нашій клініці післяопераційний ПП при неспецифічних гнійно-запальних захворюваннях легень використовувався після резекцій великого об'єму (лобектомія, білобектомія) з обов'язковим призначенням муколітиків, бронхолітиків і санаційних фіброbronхоскопій після операції. При верхній лобектомії досягти повного розправлення легені в

першу добу після операції вдалося в 83,9 % випадків, а при нижній лобектомії в 94,8 % випадків, що пояснюється різницею в анатомічній будові верхньої і нижньої частки легені, а також місцем локалізації залишкового післяопераційного простору. Однак уже на 3 добу після операції з використанням ПП розправлення легені після верхньої лобектомії склало 98,1 %, що пояснюється збільшенням рухової активності хворого. Слід зазначити, що іноді через 1 добу після операції залежно від даних рентгенологічного дослідження доводилося збільшувати об'єм ПП. Використання ПП при краєвій резекції, типовій сегментектомії найчастіше переслідувало мету попередити загострення туберкульозного процесу в оперованій легені, хоча дуже часто ліквідувати залишкову плевральну порожнину після таких операцій вдавалося лише за допомогою ПП великого об'єму. Емпієма залишкової порожнини із бронхіальною норицею виникла в 8 (1,9 %) досліджуваних хворих, загострення туберкульозу в ранньому післяопераційному періоді відзначено в 3 (0,7 %) випадках. Використання ПП в поєднанні з механічною френікотрипсією покращило результати застосування цього методу.

### Висновки

Результати доводять, що застосування ПП в ранньому післяопераційному періоді дозволяє досягти більш швидкого розправлення оперованої легені, а також стоїть на заваді виникнення загострення специфічного процесу.

Післяопераційний ПП є простим у виконанні методом профілактики недорозправлення легені в ранньому післяопераційному періоді і може використовуватись без виключення у всіх торакальних стаціонарах.

Його створення не вимагає матеріальних затрат та не збільшує кошторис.

Вибір об'єму повітря для післяопераційного ПП і кратність його введення слід проводити диференційовано в залежності від виду операції, основного захворювання та супутньої патології.

Умови для ефективного післяопераційного ПП слід створювати ще під час операції (тотальний пневмоліз, правильна постановка дренажів, механічна френікотрипсія тощо), а також відразу після неї (адекватне знеболення, рання мобілізація хворого).