

**О. І. Шпак, В. Б. Бичковський, М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, Б. М. Конік,
О. В. Новицький, О. Б. Рандюк**

ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТУ КУКСИ БРОНХА ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ФІБРОБРОНХОСКОПІЇ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

Виконання оперативних втручань у фтизіохірургічних хворих є складною багаторівневою проблемою, вирішення якої в великій мірі залежить від виконання комплексу передопераційних, інтраопераційних та післяопераційних заходів з профілактики специфічних і неспецифічних післяопераційних ускладнень.

Неспроможність кукси бронха (НКБ) є одним із найбільш небезпечних ускладнень у торакальній хірургії. Незважаючи на розвиток сучасної торакальної хірургії, зменшення частоти розвитку цього післяопераційного ускладнення не спостерігається. За даними досліджень, неспроможність кукси бронха після резекцій легень тра-

пляється в 3–15 % оперованих. Частота розвитку неспроможності кукси бронха після пневмонектомії може становити до 33,3 % з летальністю 20–57 %. На частоту розвитку неспроможності кукси бронха впливає підвищення рівня хірургічної активності й обсягів оперативних втручань. Зокрема розширена медіастинальна лімфодисекція, що є стандартом в онкологічній хірургії, супроводжується значною деваскуляризацією та деінервацією бронхіальної стінки, а це, на думку багатьох авторів, негативно позначається на процесах загоєння кукси бронха. Наявність специфічного чи неспецифічного враження бронха, яке не було виявлене при діагностичній

фібробронхоскопії. З огляду на вищесказане кількість резекцій легень під час різних захворювань з кожним роком збільшується, а частота гнійних бронхоплевральних ускладнень знаходиться на досить високому рівні. Перелічені ускладнення вимагають тривалого стаціонарного й амбулаторного лікування, супроводжуються інвалідністю хворих або летальними наслідками.

Бронхіальна нориця — патологічний канал між просвітом бронхів і плевральною порожниною. Найбільш часто вона виникає у хворих, оперованих з приводу гнійних захворювань легень, крім інфекції, може бути первинна неспроможність швів кукси бронха внаслідок похибок у техніці (значна травматизація, зайве скелетування бронха, неповна герметизація його кукси, недостатнє захоплення в шов задньої стінки бронха, занадто товсті голки, надмірне стягування вузлів та ін). Безсумнівне значення мають також особливості організму хворого (ступінь реактивності і опірності, запально-дистрофічні зміни бронха та ін).

Існують різні способи консервативного закриття бронхіальних нориць (обробка кукси нітратом срібла, карболовою кислотою, розчином марганцю тощо).

Мета роботи — визначити ефективність застосування консервативного шляху закриття дефекту кукси бронху.

Матеріали і методи

Проведено аналіз 16 випадків закриття дефекту кукси консервативним шляхом за допомогою ендоскопічної обробки бронхіальної нориці хімічними агентами, які були діагностовано до двох років після оперативного лікування.

Розподіл хворих за статтю та віком наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих за статтю та віком

Стать Вік (роки)	жінки	чоловіки
I група (16–20)	3 (18,8 %)	2 (12,5 %)
II група (21–30)	4 (25,0 %)	3 (18,8 %)
III група (31–40)	1 (6,2 %)	1 (6,2 %)
IV група (41–50)	1 (6,2 %)	–
V група (51–60)	–	1 (6,2 %)

Як видно з таблиці 1, найбільше ускладнень виникало у II — ї працездатної категорії 7 (43,8 %) пацієнтів та 5 (31,3 %) випадків припадало на I — шу групу. А також, переважали жінки, як в першій групі 3 (18,8 %) так і в другій групі пацієнтів 4 (25,0 %).

За типом оперативного лікування розподіл хворих наведений в таблиці 2.

Найбільше ускладнень виникало при резекції н/д справа 4 (25,0 %) випадків та при оперативному лікуванні верхніх долей по 3 (18,8 %) випадки відповідно. При резекції середньої долі правої легені ускладненню вигляді бронхіальної нориці не спостерігалось.

При аналізі даного ускладнення, в групу досліджуваних пацієнтів були включені випадки при хірургічному лікуванні туберкульозу та онкологічних захворювань, що ніяк не вплинуло на ризик виникнення дефекту кукси бронху, так, як перед оперативним втручанням

Таблиця 2

Типи оперативного лікування

Локалізація оперативного втручання	Кількість
Пульмонектомія зліва	2 (12,5 %)
Пульмонектомія справа	2 (12,5 %)
Верхня доля зліва	1 (6,2 %)
Верхня доля справа	3 (18,8 %)
Нижня доля зліва	3 (18,8 %)
Нижня доля справа	4 (25,0 %)
Середня доля справа	–
Білобектомія справа	1 (6,2 %)

100 % хворих проводилася діагностична фібробронхоскопія.

Результати

Даним пацієнтам проводилася хімічна обробка дефекту кукси бронху засобом «Лізоформін® 3000», за параметрами гострої токсичності по ГОСТ 12.1.007-76 належить до 3 класу помірно небезпечних речовин при введенні в шлунок, малонебезпечні при інгаляційному впливі летючих компонентів в насичують концентраціях, має виражену місцево подразнюючу дію; викликає помірне подразнення шкіри і слизових оболонок очей у вигляді 8% робочого розчину. Кількість проведених маніпуляцій у кожного з пацієнтів індивідуальна, але не менше шести процедур.

Під час фібробронхоскопії, через робочий канал фіброскопа проводився провідниковий катетер, та до зони дефекту вводилось від 0,2 до 0,5 мл робочого 8 % розчину «Лізоформін® 3000». У 12 (75%) пацієнтів, зміни на слизовій виникали після першого застосування робочого розчину, у вигляді виникнення у місті контакту гіпергрануляційної тканини, яка частково перекривала діаметр дефекту, що значною мірою покращувало стан пацієнта. У 2 (12,5 %) випадках очікуваний ефект від проведених маніпуляцій наставав на 3 — 4 –й раз, а у 2 (12,5 %) пацієнтів після проведення 8–ми хімічних обробок бажаного результату досягну не вдалося, тому пацієнтам було проведено оперативне закриття дефекту культи.

Таким чином, ефективною дана методика була в 14 (87,5 %) спостереженнях.

В якості клінічного прикладу наводимо наше спостереження. Хвора Д., 16 років. Хворіє 3 роки, отримала кілька курсів протитуберкульозної терапії. Була прооперована з приводу туберкульозного враження нижньої долі лівої легені на тлі вродженої патології (бронхоектази та проста гіпоплазія долі), яке було ускладнене хронічною обмеженою емпіємою плеври зліва. Було виконано типову резекцію нижньої долі лівої легені з парієтальною плевректомією та декортикацією верхньої долі. Нижньодольовий бронх окремо прошивався одноразовим ендостеплером. Післяопераційний період протікав без ускладнень, хвора була виписана з відділення на 22-й день після операції. КТ ОГП при виписці — ліва легеня розправлена і воздушна, кукса спроможна, залишкових плевральних порожнин не визначається.

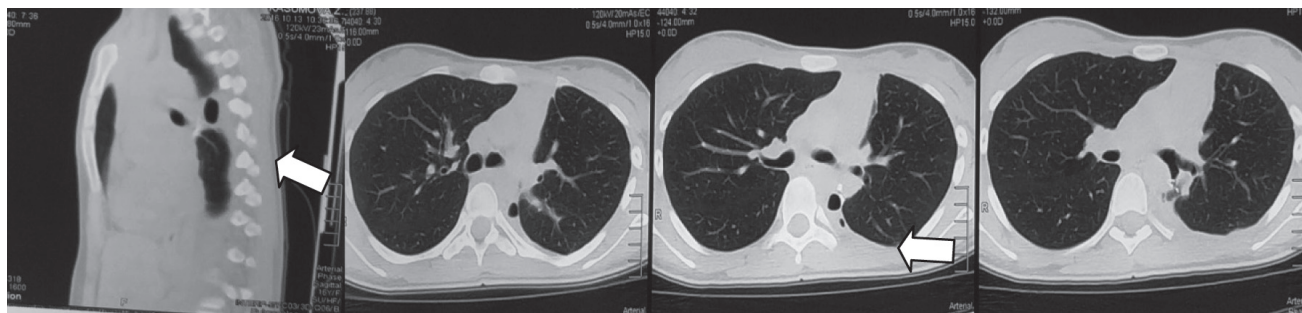


Рис. 1. КТ ОГП до проведення хімічної обробки дефекту кукси нижньодольового бронху лівої легені



Рис. 2. Ендофотограма кукси лівого нижньодольового бронху з наявністю двох дефектів.

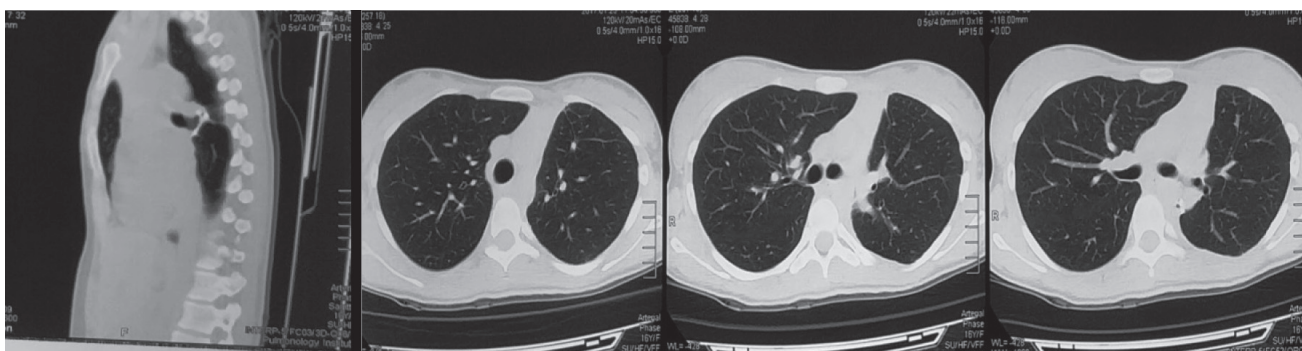


Рис. 3. КТ ОГП після проведення хімічної обробки дефекту кукси нижньодольового бронху лівої легені.

Однак, при КТ ОГП через 2,5 місяці після операції було виявлено наявність залишкової плевральної порожнини біля кукси бронху зліва (рис. 1).

При контрольній ФБС було виявлено грубу деформацію кукси лівого нижньодольового бронху з наявністю двох дефектів діаметром 3 мм та 1 мм в самій куксі (рис. 2).

Хворий було проведено 5 обробок враженої кукси лівого нижньодольового бронху з інтервалом в 2-3 тижня між інсталяціями робочого 8 % розчину «Лізоформін® 3000».

Через 3 місяці від початку обробки кукси при контрольній ФБС даних за наявність дефектів в останній не

виявлено — по довжині всієї кукси визначається грубий рубець. На контрольній КТ ОГП також даних за наявність дефекту кукси та залишкових плевральних порожнин не було виявлено (рис. 3).

Висновки

Не зважаючи на розробку нових та удосконалення існуючих методів профілактики післяопераційних ускладнень, проблема неспроможності кукси бронху та емпієми плеври далека від остаточного вирішення. Запропонований метод є малотравматичним та був ефективним у 87,5 % пацієнтів. Недоліками методу є довготривале спостереження та повторні хімічні обробки дефекту кукси. Розмір дефекту має бути не більше 2–3 мм.