

## В. В. Яцків, С. Е. Фрімет, С. М. Мереуца СУЧАСНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ПЛЕВРОДЕЗУ ПРИ БУЛЬОЗНІЙ ХВОРОБІ ЛЕГЕНЬ

*Буковинський державний медуніверситет  
Обласна клінічна лікарня, м.Чернівці*

Методики хірургічного лікування бульозної емфіземи легень (БЕЛ) на даний час є відпрацьованими, загальноприйнятими; сучасним "золотим стандартом" вважається відеоторакоскопічна булектомія та резекція легень (P. Desai, R. Steiner, 2016).

Набагато складнішим є вибір методів лікування бульозної емфіземи з формуванням гігантських бул, так звана "зникаюча легеня", а також множинних бульозних змін обох легень, що і на даний час становить предмет дискусій та досліджень. Складність прийняття рішення стосовно хірургічного лікування БЕЛ у даного контингенту хворих полягає у тому, що наростаюча дихальна недостатність є одночасно показом до втручання і стримуючим фактором для хірурга, а самі операції, суть яких полягає у зменшенні об'єму легень, носять паліативний характер. У зв'язку з вищенаведеним, актуальною залишається розробка малоінвазивних втручань при БЕЛ, зокрема застосування плевродезу як другого етапу оперативного втручання, або самостійно. Окремі дослідження з даного питання в торакальній хірургії проводяться з застосуванням високочастотного зварювання тканин (А.В.Макаров, 2014). Незважаючи на чисельні методики плевродезу, як варіант — плевректомії, питання малотравматичності даної операції, надійності облітерації плевральної порожнини залишаються не вирішеними, зокрема, при хімічному плевродезі його ефективність, за даними Є. І. Боровських та співав. (2007), не перевищує 46,2 %, а рецидив пневмотораксу при комбінованих методах лікування складає від 4,2 до 38,4 % випадків. Окрім того, при застосуванні хімічного плевродезу асептичне запалення визивається і в незмінених зонах легені, що при розвитку масивних злук, закономірно, у віддалений період збільшує дихальну недостатність. З метою покращення результатів лікування хворих на бульозну емфізему легень, зменшення травматичності операцій нами проводиться високочастотне електрозварювання парієтальної та вісцеральної плеври на топографічно співставних ділянках через торакопорт з використанням ложки А.В.Макарова апаратом ЕК-300М1.

Операція може виконувалась як другий етап після відеоасистованої або торакооскопічної резекції бул, так і самостійно, в залежності від розповсюдження бульозних змін легень, ступеня дихальної недостатності. В Чернівецькій обласній клінічній лікарні за період з 2014 по 2018 рр. проліковано 128 хворих з БЕЛ різної локалі-

зації, у тому числі 88 (68,8 %) чоловіків і 40 (31,2 %) жінок, в віці від 18 до 74 років. За розмірами та локалізацією: дрібнобульозна емфізема легень — від 1 до 5 см. — 92 (71,8 %); БЕЛ великих розмірів — більше 5 см в діаметрі — 27 (21,1 %); гігантські були — 20 см і більше діагностовано у 9 (7,1 %) хворих. В переважній більшості — 76 % бульозні зміни легень були множинними. Госпіталізація 96 (75 %) пацієнтів у відділення торакальної хірургії здійснювалась в ургентному порядку у зв'язку з розвитком ускладнень : пневмоторакс — 68 (70,8 %), нагноєння — 15 (15,6 %), кровотечі, кровохаркання — 10 (10,4 %), виражений больовий синдром — 3 (3,2 %). У 28 (21,9 %) пацієнтів БЕЛ спостерігалася на фоні інших значимих захворювань легень: ХОЗЛ, системні захворювання, пневмоконіози, рак легень, бронхоектатична хвороба. Обстеження хворих проводились відповідно стандартам медичних технологій, включаючи нативну КТ ОГК та з в/в підсиленням, спірографію з бронхолітичним тестом, пульсоксиметрію. Дихальна недостатність різних ступеней виявлена у 93 (72,7 %) хворих. Хірургічні втручання виконані у 90 (70,3 %) пацієнтів; у тому числі з застосуванням електрозварювання тканин — у 68 (75,6 %) випадків. Пролонговану (> 24 год.) активну плевроаспірацію здійснювали апаратом В-90 фірми Вісма. Летальних випадків не було. Рецидив пневмотораксу діагностовано у 2 (2,1 %) випадках. Таким чином, сучасними методами лікування БЕЛ виступають комбіновані хірургічні втручання з застосуванням як малоінвазивних так і відкритих способів операцій в залежності від розповсюдження захворювання, резервних можливостей дихальної системи. Застосування високочастотних електрозварювальних технологій тканин на етапах виконання хірургічного доступу, пневмолізу, виділення бульознозмінених ділянок паренхіми, що підлягають резекції, плевродезу на топографічно співставних ділянках плеври зменшує ступінь травматизації прилеглих ділянок легені, збезпечує надійний аерогемостаз, уповільнює дистрофічні процеси легень та зменшує частоту рецидивів пневмотораксу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. P. Desai, R. Steiner. Imaiges in COPD: Giant bullous emphysema Chronic Obstr. Pulm. Dis. 2016; (3): 698-701.
2. Макаров АВ, Лінчевський ОВ, Гетьман ВГ, Сокур ПП, Кравчук БО. Високочастотне зварювання в торакальній хірургії. Матеріали Дев'ятої міжнародної науково-практичної конф. ІЗС ім. Е.О. Патона. Київ; 2014:16.
3. Боровських ЕИ, Черных АВ, Бульнин В.В., Лозинский АВ. Способ химического плевродеза при лечении пневмоторакса. Патент Ru2295333C1. Влад. Воронежская гос.мед.академия им.Н.Н.Бурденко Росздрава; Опубл. 20.03.2007, Бюл. № 8).

© Яцків В. В., Фрімет С. Е., Мереуца С. М., 2019