



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2 (95) 2019

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983ПР
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 03 від 18.03.2019 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарєва
Адміністратор
К. В. Пономарєва
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 21.03.2019 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 22,00.
Тираж 300 прим.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2019

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
І. Д. Дужий
Д. О. Євтушенко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Н. В. Пасєчнікова
Б. І. Пєєв
В. П. Польовий
В. І. Сипітий
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А.К. Флорікян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андрєєщев (Київ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк – Київ)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)
М. Г. Кононенко (Суми)
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)
В. О. Шапринський (Вінниця)
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)



**В. В. Макаров,
Д. Е. Лопатенко,
В. І. Щербаков,
О. В. Білецький,
С. О. Савоськін,
В. В. Кріцак**

*Харківський національний
медичний університет*

*Харківська міська клінічна
лікарня швидкої невідкладної
допомоги імені професора
О. О. Мещанінова*

*ДУ «Інститут загальної
та невідкладної хірургії
ім. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
м. Харків*

© Колектив авторів

ВИКОРИСТАННЯ БРОНХОБЛОКАЦІЇ В ЛІКУВАННІ НОРИЦІ КУКСИ БРОНХУ

Резюме. Проблема лікування хворих з післяопераційною норицею кукси бронху є однією з найбільш актуальних і важких у торакальній хірургії. Наводимо власний приклад використання бронхоблокації в лікуванні неспроможності кукси бронху.

Ключові слова: нориця, кукса бронху, бронхоблокатор.

Післяопераційна неспроможність кукси бронху є одним з найбільш грізних ускладнень резекції легені. Зустрічається в післяопераційному періоді у 10 – 15 % пацієнтів після лобектомії та пульмонектомії [1,2]. Повторні оперативні втручання, спрямовані на ліквідацію неспроможності кукси бронху, характеризуються травматичністю, високою частотою післяопераційних ускладнень та частою реканалізацією бронхоплевральної нориці [2, 3]. За даними різних клініцистів летальність після реторакотомії становить від 10 до 50% [3].

Наявність бронхіальної нориці перешкоджає створенню вакууму в плевральній порожнині, необхідного для розправлення легені, і унеможливорює ефективну санацію порожнини піопневмотораксу. Успішне закриття бронхоплевральної нориці без оперативного втручання шляхом бронхоблокації зменшує травматичність лікування та дозволяє уникнути додаткового оперативного втручання [1, 3].

Клінічне випадок (історія хвороби № 31691). Хворий Н., 19 років, госпіталізований до клініки 5.11.16 о 23 год.10 хв. у непритомному стані.

Анамнез хвороби: Машиною швидкої медичної допомоги хворий доставлений в клініку з місця ДТП (водій легкового авто). Об'єктивно: При надходженні стан вкрай важкий. Хворий без тями. Шкірні покриви бліді, на шиї, лиці, передній поверхні грудної клітини – підшкірна гематома. Пульс 120 ударів на хвилину, аритмічний. АТ 90/60 мм рт. ст. Аускультативно: дихання жорстке, різко ослаблене на всьому протязі з обох сторін, вислуховуються сухі й вологі хрипи, перкуторно: тимпаніт з обох сторін (у положенні лежачи), виражена підшкірна емфізема з обох сто-

рін. Живіт при пальпації помірно болючий, м'який, симптоми Щьоткіна, Раздольського позитивні на всьому протязі, більш виражені справа, с-м Пастернацького – негативний, м

Аналіз крові (5.11.16): Нв – 156 г/л, Ер – 5,1 т/л, L – 9,1 г/л, білок – 72 г/л. Консультація нейрохірурга: Закрита черепно-мозкова травма, струс мозку. При рентгенологічному дослідженні (№ 92512): виявлено двосторонній гідропневмоторакс, перелом 5, 6, 7, 8 ребер справа, 6, 7 ребер зліва. При плевральній пункції – отримано кров, повітря. При лапароцентезі – отримано кров з черевної порожнини.

Встановлено діагноз: Комбінована травма, ЗЧМТ, струс головного мозку, закрита травма грудної клітини, перелом 5, 6, 7, 8 ребер справа, 6, 7 ребер зліва, забій обох легень, серця, пневмомедіастинум. Підшкірна гематома лица, шиї, грудної клітини. Двобічний гемопневмоторакс. Закрита травма живота, розтрощення печінки у ділянках 6, 7, 8 сегментів, розрив печінки в ділянці 3 сегмента лівої долі. Гемоперітонеум 3 ст., Травматичний шок 4 ст.

5.11.2016 – операція: закриті дренивання плевральної порожнини з обох сторін, дренивання передньоворхнього межестіння.

5.11.2016 – операція: ушивання ран печінки, дренивання черевної порожнини

У післяопераційному періоді температура до 37,3 °С, явища шоку зникли, але по плевральному дренажу справа зберігалось рясне скидання повітря, легеня не розправлялася.

При рентгенологічному дослідженні від 6.11.16 відзначена незначна позитивна динаміка зліва, та зберігання тотального колапсу легені справа, правобічний тотальний пневмоторакс.

7.11.2016 — Бронхоскопічно діагностовано повний відрив нижньодольового бронху справа.

7.11.2016 — операція: правобічна передньо-бокова торакотомія, *нижня правобічна біло-бектомія, ушивання розривів верхньої долі правої легені, дренажування плевральної порожнини.*



Рис. 1 Етап оперативного втручання — ушивання проміжного бронху

У післяопераційному періоді стан хворого стабілізувався, але залишався важким, хворий в тямі, температура до 38,2 °С, по плевральних дренажах скидання повітря припинилося, легені розправлені.

Аналіз крові (8.11.16): Нь — 102 г/л, Ер — 3,42 т/л, L — 15,1 г/л, білок — 49 г/л

При рентгенологічному дослідженні (№ 92643): правобічний осумкований гідроторакс, двобічна пневмонія.

9.11. 2016 — виконана нижня трахеостомія. Проведення штучної вентиляції легень через трахесотомію.

28.11.2016 — поновилося скидання повітря по дренажу справа. Бронхоскопічно встановлено неспроможність кукси проміжного бронху справа.

Ураховуючи вкрай важкий стан пацієнта, було вирішено виконати бронхоскопічну бронхоблокацію. У нашому випадку ми використали зворотній ендобронхіальний клапан, зроблений з гумової суміші медичного призначення, індіферентний для організму людини. Клапан дозволяє відходити з осередку ураження повітря, мокротинню, бронхіальному вмісту при видиху і кашлі, перешкоджаючи їх зворотному руху.

29.11.16 — ендоскопічно через трахеостому хворому встановлено бронхоблокатор № 9. Скидання повітря припинилося через 2 хвилини та не поновлювалося.

2.12.16 — під час дихальних вправ відновилося скидання повітря по дренажу справа. Ендоскопічно — клапан у бронхіальному дереві відсутній, нориця кукси проміжного бронху справа відкрита. Підвищення тиску в бронхі-

альному дереві викликало міграцію клапана в плевральну порожнину і повторне відкриття бронхо-плевральної нориці.

4.12.16 — проведений консилиум: повторне оперативне лікування визнано небезпечним для життя хворого. Стан хворого погіршувався, консервативна терапія неефективна.

9.12.16 — хворому повторно встановлений бронхоблокатор. Скидання повітря знов припинилося. Стан хворого стабілізувався.

При рентгенологічному дослідженні: правобічний осумкований гідроторакс, правобічна пневмонія.

Аналіз крові (8.11.16): Нь — 106 г/л, Ер — 3,42 т/л, L — 11,2 г/л, білок — 64 г/л

19.12. 2016 — дренажі з плевральної порожнини видалені.

Температурні показники нормалізувалися, 16.01.17 — припинена антибактеріальна терапія. 17.01.2017 хворому виконана комп'ютерна томографія. На рисунку 2 наведені зміни органів грудної клітини: межестіння зміщено вправо, в правій плевральній порожнині масивний злуковий процес, верхня доля правої легені зменшена у розмірах, у куксі проміжного бронху спостерігається бронхоблокатор. Ліва легеня без особливостей.

Пацієнт виписаний із клінічним одужанням 20.01.2017 на амбулаторне лікування в хірурга за місцем проживання.



Рис.2. Дані комп'ютерної томографії органів грудної клітини у хворого після виконання бронхоблокації. А — бронхоблокатор у куксі проміжного бронху.

Рани в ділянці знаходження плеврального дренажу без ознак запалення. Тривалість лікування склала 76 діб.

Висновки

Таким чином, застосування інтрабронхіальної блокації кукси бронху, дозволили ліквідувати її норицю, та сприяло одужанню хворого у дуже важкому стані.



ЛІТЕРАТУРА

1. Левин А.В. Применение клапанного бронхоблокатора при пострезекционных эмпиемах и остаточных полостях с бронхоплевральными свищами / А.В. Левин, Е.А. Цеймах, А.М. Самуйленков и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. -2007. - № 6. - С. 46 - 49.
2. Радикальные операции на главных бронхах у больных с культевыми свищами [Б.В. Радионов, Ю.Ф. Савенков, В.М. Мельник, И.А. Калабуха]. -Д.: РВА «Дніпро-ВАЛ», 2004.- 205 с.
3. Секела М.В. Паліативна торакальна хірургія / М.В. Секела, В.В. Макаров, А. Жехонек //Львів: СПО – ЛОМ, 2013. – 192 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БРОНХОБЛОКАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩА КУЛЬТИ БРОНХА

*В. В. Макаров,
Д. Е. Лопатенко,
В. И. Щербаков,
А. В. Белецкий,
С. А. Савоськин, В. В. Крицак*

Резюме. Проблема лечения больных с послеоперационным свищем культи бронха является одной из наиболее актуальной в торакальной хирургии. Приводим собственный опыт применения бронхоблокации в лечении несостоятельности культи бронха.

Ключевые слова: свищ, культя бронха, бронхоблокатор.

USE OF BRONCHOCLATING IN THE TREATMENT OF FISTULAE OF THE BRONCHUS CORNEA

*V. V. Makarov,
D. E. Lopatenko,
V. I. Shcherbakov,
O. V. Biletskyi,
S. O. Savoshkin, V. V. Krytsak*

Summary. The problem of treating patients with postoperative bursa buccate bursa is one of the most urgent and severe in the thoracic surgery. Here is an example of the use of bronchoconstriction in the treatment of the failure of the bronchus kume.

Key words: fistula, bronchococcus, bronchoblocator.