

УДК:

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТОРАКОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА.**

А.Б.Кутовой<sup>1</sup>, И.В.Корпусенко<sup>1</sup>, В.В.Пимахов<sup>1</sup>, А.Я.Гавура<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Днепропетровская государственная медицинская академия

<sup>2</sup>КУ «Областная клиническая больница им.Мечникова»

**Актуальность проблемы.** Последнее десятилетие число больных со спонтанными пневмотораксами (СП) постоянно увеличивается. Наиболее частой причиной СП является буллезное поражение легких [1]. Особую важность этой проблеме придает тот факт, что СП более подвержены лица трудоспособного возраста [1]. Профилактика рецидивов заболевания требует не только выявления и устранения причин СП, но и облитерации плевральной полости [1, 2]. С этой целью, в диагностике и лечении СП, все чаще применяются эндовидеохирургические технологии [3]. Остаются наиболее дискуссионными вопросы, касающиеся сроков применения видеоторакоскопии (ВТС), особенностей анестезиологического обеспечения операции, показаний к использованию и методов выполнения плевротомии (ПД) [1,2].

**Цель работы.** Оценить результаты применения ВТС в диагностике и лечении СП.

**Материалы и методы.** В 2007 – 2010 г. в клинике хирургии №2 Днепропетровской государственной медицинской академии находилось 127 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет с диагнозом СП. Среди них 109 мужчин и 18 женщин. У 34 из них была использована ВТС.

Основным методом диагностики наличия воздуха в плевральной полости, определения его локализации и объема являлась рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. Помимо этого, для оценки состояния паренхимы легкого использовали компьютерную томографию (КТ).

22 (64,7%) пациентам ВТС выполнили в ургентном порядке, непосредственно после поступления в стационар. У остальных 12 (35,3%) вмешательства были произведены спустя 24 часа с момента госпитализации, в

связи с продолжающимся поступлением воздуха по дренажам, наличием коллабированного легкого или выявлением буллезно-дистрофических изменений легочной ткани.

ВТС выполняли с использованием эндовидеохирургического комплекса «Olympus» OTV-SC (Япония).

Все изменения, диагностированные при ВТС, трактовали с ориентацией на классификацию R.Vanderschueren и C. Boutin: I тип — отсутствие визуальной патологии, II тип — наличие плевральных сращений и шварт, III тип — небольшие субплевральные буллы диаметром менее 2 см, IV тип — крупные буллы, более 2 см в диаметре [1].

У 19 (55,9%) пациентов операции производили под тотальным внутривенным обезболиванием, с односторонней (6 случаев) или двусторонней (13 случаев) вентиляцией легких. У 15 (44,1%) больных была применена местная анестезия с внутривенным потенцированием.

**Результаты и их обсуждение.** При торакоскопии в 15 (44,1%) случаях в качестве причин СП были диагностированы мелкие субплевральные буллы. У 8 больных их ликвидировали путем электрокоагуляции, у 7, при размерах булл свыше 1,0 см в диаметре, произвели их перевязку у основания эндопетлей Редера. У 6 пациентов указанные изменения сочетались с внутривисцеральным спаечным процессом. Этим больным дополнительно выполнили адгезиолизис. IV тип изменений по R.Vanderschueren и C.Boutin был выявлен в 10 (29,4%) случаях, что послужило основанием для резекции пораженных участков легких. У 4 пациентов для этого использовали эндоскопический артикуляционный сшивающий аппарат, у 6 - методику видеоассистированного торакоскопического вмешательства: через разрез грудной стенки длиной до 5 см над пораженным сегментом в плевральную полость вводили аппарат УО-40, прошивали измененный участок легкого и резецировали его. Надрыв плевральных висцеро-париетальных шварт был причиной пневмоторакса у 7 (20,6%) больных. Таким пациентам целостность висцеральной плевры

восстанавливали путем диатермокоагуляция шварт. В 2 (5,9%) случаях СП видимые изменения со стороны плевры отсутствовали.

ПД произвели у 26 (76,5%) пациентов: в 12 случаях путем инсуффляции талька в плевральную полость, в 14 - диатермокоагуляцией париетальной плевры в области 2 – 7 ребер. У всех пациентов после ПД плевральную полость дренировали полихлорвиниловыми трубками диаметром 6 мм. Для эвакуации выпота использовали активную аспирацию.

Средняя длительность видеоторакоскопических вмешательств составила  $43,8 \pm 8,2$  мин. У 20 (58,8%) больных легкое расправилось через 3-6 часов, у 14 (41,2 %) - через 6-12 часов. Дренажи удалили после прекращения экссудации в течение первых суток послеоперационного периода у 11 (32,3 %) больных, через 24-48 часов после операции – у 23 (67,7%).

У пациентов, которым выполнили ПД, как в раннем послеоперационном, так и в отдаленном периоде рецидивов пневмоторакса мы не наблюдали. Среди больных, которым ПД не производили, в 2 (25%) случаях выявили рецидив СП. Причиной рецидива в первом случае были не диагностированные буллы заднелатеральной поверхности легкого; во втором – буллезно-дистрофические изменения верхней доли правого легкого. Оба больных были повторно радикально оперированы.

У 1 пациента после ВТС наблюдали межреберную невралгию, потребовавшую более длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов.

**Выводы.** Использование эндовидеохирургических технологий позволило определить причину СП у 94,1 % пациентов и радикально устранить его источник в 91,2% случаев. Применение плевродеза, вне зависимости от методики его индукции, явилось надежным способом профилактики рецидивов СП.

### **Литература.**

1. Гладышев Д.В., Видеоторакоскопия в комплексном лечении спонтанного

- пневмоторакса. // [Автореф. Дис к.мед.н] - СПб, 2004.
2. Мартынюк В.А. Видеоторакоскопические операции при спонтанном пневмотораксе /Мартынюк В.А. , Байдан В.В., Шипулин П.П., Козяр О.Н., Байдан В.И., Поляк С.Д., Кирилюк А.А. // Матеріали ІІІ симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України «Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія» 28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв
  3. Торакальная хирургия. //руководство для врачей — под ред. Бисенкова Л.Н, - СПб.: «Гиппократ» - 2004 — с.1025-1058

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ПРИ ПОМОЩИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ.**

А.Б.Кутовой, И.В.Корпусенко, В.В.Пимахов, А.Я.Гавура

Видеоторакоскопию использовали в диагностике и лечении 34 пациентов со спонтанным пневмотораксом. Его причинами в 44,1% случаях были мелкие субплевральные буллы, в 29,4% - крупные буллы диаметром более 2 см, у 20,6% больных – внутриплевральные шварты. В 5,9% случаях видимые изменения со стороны плевры отсутствовали. Для устранения причин пневмоторакса использовали диатермокоагуляцию и перевязку булл с помощью эндопетли, диатермокоагуляцию шварт, атипичные резекции пораженных участков легкого, Плевродез произвели у 26 пациентов: в 12 случаях при помощи инсуффляции талька в плевральную полость, в 14 - путем диатермокоагуляции париетальной плевры.

Использование эндовидеохирургических технологий позволило определить причину спонтанного пневмоторакса у 94,1 % пациентов и радикально устранить его источник в 91,2% случаев. Применение плевродеза вне зависимости от методики его индукции, явилось надежным способом профилактики рецидивов заболевания

**Ключевые слова:** спонтанный пневмоторакс, видеоторакоскопия, плевродез