

## Особенности лечебной тактики у пациентов с бронхоплевральными свищами после перенесенной пневмонэктомии

Ф.Г.НАЗЫРОВ, Ш.Н.ХУДАЙБЕРГЕНОВ, Г.Л.ПАХОМОВ, О.Т.ИРИСОВ, Р.Я.ХАЯЛИЕВ, О.Д.ЭШОНХОДЖАЕВ

## Features of medical tactics in the patients with bronchopleural fistulas after pneumonectomy

F.G.NAZIROV, Sh.N.HUDAYBERGENOV, G.L.PAHOMOV, O.T.IRISOV, R.Y.HAYALIEV, O.D.ESHONHODJAEV

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан

В статье рассматривается проблема профилактики и хирургического лечения бронхоплевральной фистулы после пневмонэктомии (ПЭ), приведены данные по стратификации факторов риска развития недостаточности культи бронха (НКБ) после ПЭ с определением групп риска. Проведен анализ хирургического лечения 109 больных с бронхоплевральными свищами после перенесенной ПЭ, оперированных в отделении торакальной хирургии Центра Грудной Хирургии г. Краснодара с 2002 по 2008 годы. Активная хирургическая тактика при развитии недостаточности культи бронха после ПЭ является наиболее оправданной независимо от характера и стороны поражения, что определяется хорошими результатами у 88,6% пациентов (против 66,7% у пациентов после выжидательной хирургической тактики). На основе разработанной факторной оценки степени риска развития НКБ после ПЭ пересмотрена и оптимизирована тактика лечения, что позволило снизить частоту летальности с 7,1% до 3,1%.

*Ключевые слова:* бронхоплевральные свищи, пневмонэктомия

The problem of preventive maintenance and surgical treatment of bronchopleural fistulas after pneumonectomy (PE) is considered in the article, authors gave the data on stratification of risk factors of development of bronchial stump insufficiency (BSI) after PE with definition of groups of risk. The analysis of surgical treatment of 109 patients with bronchopleural fistulas after PE, undergone operations from 2002 to 2008 years in the department of thoracic surgery of the Krasnodar Centre of Thoracic Surgery was carried out.

Active surgical tactics at development of BSI after PE is most justified irrespective of character and side of a defeat, that is defined by good results in 88,6% of the patients (against 66,7% in the patients after waiting surgical tactics). On the basis of developed factorial estimation of a degree of risk of development BSI after PE tactics of treatment is reconsidered and optimized, that has allowed to lower frequency of death rate from 7,1% to 3,1%.

*Key words:* bronchopleural fistula, pneumonectomy

Как известно, несостоятельность культи бронха (НКБ), бронхоплевральные свищи и связанная с ними эмпиема плевры являются основными причинами снижения эффективности хирургического лечения рака лёгкого, гнойно-деструктивных заболеваний лёгкого и другой хирургической патологии органов грудной клетки. Развитие НКБ при пульмонэктомии (ПЭ) всегда связывалось с несовершенством бронхиального шва и неблагоприятными условиями его заживления [2-5, 10, 13].

Проблема профилактики и хирургического лечения бронхоплевральной фистулы (БПФ) постоянно находится в центре внимания торакальных хирургов, широко и всесторонне продолжает освещаться в многочисленных публикациях [1, 3, 6-9, 11, 12].

### Материалы и методы

Основным направлением исследования явилось совершенствование тактических особенностей лече-

ния больных с бронхиальными свищами после ПЭ. Фундаментом исследования послужили результаты анализа, проведенного у 109 больных с бронхоплевральными свищами после перенесенной ПЭ. Все больные оперированы в отделении торакальной хирургии Центра Грудной Хирургии (Краснодар) с 2002 по 2008 годы.

Основной контингент составили пациенты старшей возрастной группы, преобладали лица мужского пола.

В 79 (72,5%) случаях первичные операции выполнены по поводу онкологических заболеваний, в остальных 30 (27,5%) случаях – по поводу гнойных заболеваний легких. Частота первично выполненных ПЭ составила 65,1% (71 пациент). НКБ развилась в первые сутки после операции у 3 больных, в течение 7 суток – у 43, на 8-14 сутки послеоперационного периода – у 31, а к 21 дню послеоперационного периода – у 18 пациентов. В более поздние сроки, до 7 месяцев, она

Таблица 1

**Распределение больных по способу хирургического вмешательства**

Способ укрепления	Активно-выжидательная тактика		Выжидательная тактика		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Резекция культи бронха с укреплением	15	42,9	13	41,9	28	42,4
Доудаление (ПЭ) с укреплением	20	57,1	18	58,1	38	57,6

Таблица 2

**Распределение больных по способу укрепления линии шва бронха в зависимости от тактики лечения и стороны расположения бронхиального свища**

Способ укрепления	Хирургическая активность				Выживаемость			
	Слева		Справа		Слева		Справа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сальник		0,0%	14	70,0%		0,0%	2	11,8%
Перикард	8	53,3%	6	30,0%	9	64,3%	10	58,8%
Медиастинальная клетчатка	3	20,0%		0,0%	2	14,3%	2	11,8%
Диафрагма	4	26,7%		0,0%	3	21,4%	3	17,6%
Итого	15	100,0%	20	100,0%	14	100,0%	17	100,0%

отмечена у 14 больных. В 61 (56,0%) случае свищ располагался справа, в 48 (44,0%) – слева.

Основным диагностическим пособием при НКБ служили ФБС и мультислайсная КТ грудной клетки. При ФБС оценивали количество свищей, размеры свищевых отверстий, их локализацию относительно элементов культи, длину культи бронха, выраженность воспалительных изменений в бронхах оставшегося легкого.

Степень НКБ оценивали с учетом классификации Е.А.Вагнера (1993), где I степень соответствует размерам свищевого отверстия до 5 мм; II степень включает свищи размерами от 5 до 10 мм; III степень соответствует свищам, размеры которых превышают 10 мм при полном или почти полном расхождении краев культи бронха. Большинство пациентов – 69 (63,3%) имели НКБ I степени, у 34 (31,2%) больных размеры бронхиальных свищей превышали 5 мм и у 6 (5,5%) пациентов выявлена III степень. При этом следует отметить, что размеры дефекта бронхиальной культи связаны со сроками ее развития: чем раньше возникла НКБ, тем больший размер она имела.

**Результаты и их обсуждение**

Соответственно тактике лечения пациенты были разделены на три подгруппы. В первую подгруппу включено 35 больных, у которых применяли активную тактику хирургического лечения, то есть после стабилизации состояния больных с гнойными осложнениями (торакоскопия с дренированием), в среднем через 6,1±1,2 суток, производилось хирургическое лечение свища.

31 пациенту применена выжидательная хирургическая тактика и у 43 пациентов при закрытии БПФ использовали эндоскопические методики. Как видно из таблицы 1, количество выполненных вмешательств

в группах больных с активной и выжидательной хирургической тактикой было одинаковым, однако способ укрытия культи бронха отличался. Так, в группе больных (40%) с активной тактикой в основном ликвидация БПФ и укрытие культи бронха выполнены с использованием разработанной методики оментопластики.

Напротив, у пациентов (61,3%) с выжидательной тактикой укрепление швов культи бронха производилось при помощи перикардиальной заплаты. Укрепление культи бронха медиастинальной клетчаткой и лоскутом диафрагмы в каждой группе было одинаковым.

Следует отметить, что оментопластика в обеих группах применена у больных с БПФ после правосторонней ПЭ, а перикардиальная заплата после левосторонней ПЭ (табл. 2).

Анализируя эффективность лечебных мероприятий, отметим, что активная тактика оказалась наиболее оправданной и у 31 (88,6%) пациента отмечены хорошие результаты. Осложненное течение отмечено у 4 (11,4%) пациентов с летальным исходом у 3 (8,6%). Напротив, выжидательная тактика определяет удовлетворительные результаты всего у 67,7% пациентов и осложненное течение у 32,3% с летальностью, составляющей 16,1%.

Определенный интерес представляет сопоставление результатов в зависимости от стороны поражения и выбранной хирургической тактики. Независимо от стороны поражения высокая эффективность определяется только у тех пациентов, которым была принята активная тактика.

Так, при БПФ после левосторонней ПЭ эффективность активной хирургической тактики отмечена у 14 пациентов (93,3%), при этом осложненное течение с летальным исходом наблюдалось только у одного (6,7%).

Использование активной тактики при БПФ у больных, перенесших правостороннюю ПЭ, оказалось эффективным у 85,0% пациентов, с неудовлетворительными результатами и летальностью в 15% и 10%, соответственно. Высокий процент неудовлетворительных результатов (41,2%) с летальностью 17,6% заставляют пересматривать и оптимизировать тактику лечения.

## Выводы

1. Активная хирургическая тактика при развитии недостаточности культи бронха после ПЭ является

наиболее оправданной, независимо от характера и стороны поражения, что определяется хорошими результатами у 88,6% пациентов (против 66,7% у пациентов после выжидательной хирургической тактики). При этом летальность снижается почти в два раза (8,6% против 16,0%).

2. Выбор способа укрытия культи бронха не оказывает существенного влияния на результаты повторной операции. Однако, на наш взгляд, в основном должны использоваться наиболее отработанные и усовершенствованные способы. Предпочтительней в этом плане трансстернальная оментопластика.

## Список литературы

1. Лишенко В.В. Профилактика и лечение несостоятельности культи бронха и бронхиальных свищей после пневмонэктомии. Материалы первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии, 5-8 июня 2008 г. Москва 2008; 292.
2. Порханов В.А., Мова В.С., Кононенко В.Б. и др. Хирургическое лечение пациентов с IIIA стадией мелкоклеточного рака. Вопросы онкологии 2000; 1: 74-76.
3. Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.Б. и др. Анализ результатов профилактики и лечения несостоятельности культи бронха после пневмонэктомии. Материалы первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии, 5-8 июня 2008 г. Москва 2008: 292-293.
4. Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Паньшин Г.А. и др. Лечение рака легкого. Материалы первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии, 5-8 июня 2008 г. Москва 2008; 321.
5. Чичеватов Д.А. Прогноз, профилактика и лечение гнойных бронхоплевральных осложнений после пневмонэктомии. Автореф. дис. док. мед. наук. Саратов 2007; 35.
6. Chu X.H., Zhang X., Wang S. et al. Clinical analysis of completion pneumonectomy for pulmonary disease // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2007; 15;45(16):1132-5.
7. Galetta D., Veronesi G., Solli P. et al. A safe and effective method for an immediate bronchopleural fistula repair // Minerva Chir. 2007 Apr;62(2):137-9.
8. Hamad A.M., Marulli G., Schiavon M., Rea F. A completion sleeve bilobectomy for nonstump postlobectomy bronchopleural fistula. Ann Thorac Surg. 2008; 85(6):2112-4.
9. Karamustafaoglu YA, Yoruk Y. Non-treated late bronchopleural fistula. Eur J Cardiothorac Surg. 2008; 34(1):208.
10. Kawaguchi T., Watanabe S, Kawachi R. et al. The impact of residual tumor morphology on prognosis, recurrence, and fistula formation after lung cancer resection. J Thorac Oncol. 2008; 3(6):599-603.
11. O'Neill A., Beddy P. Bronchopleural cutaneous fistula. AJR Am J Roentgenol. 2008; 190(5): W315.
12. Bauman J.E., Mulligan M.S., Martins R.G. et al. Salvage lung resection after definitive radiation (>59 Gy) for non-small cell lung cancer: surgical and oncologic outcomes. Ann Thorac Surg. 2008; 86(5):1632-8; discussion 1638-9.
13. Trigui W., Le Pimpec-Barthes F., Shaker W. et al. Ann. Thorac. Surg. 2002.; 74; 3: 923-924.

Поступила 09.06.2010 г.

## Информация об авторах

1. Назыров Феруз Гафурович – доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского Специализированного Центра Хирургии им. академика В.Вахидова, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета Ташкентской медицинской академии, вице-президент Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ; e-mail: nurmatovich@mail.ru
2. Шухрат Нурматович Худайбергенов – кандидат медицинских наук, руководитель отделения хирургии легких и средостения Республиканского Специализированного Центра Хирургии им. академика В.Вахидова; e-mail: nurmatovich@mail.ru
3. Пахомов Георгий Львович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской государственной медицинской академии, хирург отделения хирургии легких и средостения Республиканского Специализированного Центра Хирургии им. академика В.Вахидова; e-mail: pahomovgl@mail.ru
4. Ирисов Ортикали Тулаевич – кандидат медицинских наук, хирург отделения хирургии легких и средостения Республиканского Специализированного Центра Хирургии им. академика В.Вахидова; e-mail: irisov73@mail.ru
5. Хаялиев Рустем Якубович – ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской государственной медицинской академии, хирург отделения хирургии легких и средостения Республиканского Специализированного Центра Хирургии им. академика В.Вахидова; e-mail: rustemmed@ Rambler.ru
6. Эшонходжаев Отабек Джураевич – ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской государственной медицинской академии, хирург отделения хирургии легких и средостения Республиканского Специализированного Центра Хирургии им. академика В.Вахидова; e-mail: dr.otabek@mail.ru