

две подгруппы: от 10 до 15 баллов и от 6 до 10 баллов по шкале ком Глазго. Проанализированы динамика респираторного индекса, восстановления сознания и когнитивного статуса.

Результаты. Использование ВТС позволило ускорить на 5,8 суток восстановление респираторного индекса, сознания - на 4,9 суток, что сопровождалось более быстрым (на 2,2 суток) восстановлением когнитивного статуса, улучшением течения заболевания и снижением количества осложнений

Ключевые слова: видеоторакоскопия, лечение, краниоторакальная травма, нервная система.

Volodymyr Pimakhov

Experience of videothoroscopic procedure use in patients with craniothoracic trauma depending on neurology disorder severity degree

SI "Dnepropetrovsk medical academy of HM of Ukraine"

Introduction. One of the presumable way to improve chest trauma treatment results in patient with combined craniothoracic trauma is usage of less-invasive technologies, however, statement that they could be used in case of combined severe brain trauma (Glasgow Coma Scale index < 10 points) stay controversial.

Aim. To analyze results of videothoroscopic procedure use (VTS) in patients with craniothoracic trauma depending on neurology disorder severity degree.

Materials and methods. It was analyzed 69 patients treatment outcomes, for 30 of them we used VTS, in other 39 cases we used traditional tactic. Patients were divided in two subgroups, depending on brain injury severity: from 10 to 15 and among 6 and 10 points according to Glasgow Coma Scale

Results. Use of VTS allowed to precipitate respiratory index retrieve on 5,8 days, consciousness restoration on 4,9 days, what was accompanied by faster (on 2,2 day) resurrection to cognitive status, clinical course improvement and diminishing of complication quantity.

Key words: videothoroscopi, treatment, craniothoracic trauma, nervous system.

Відомості про автора:

Пімахов Володимир Васильович - ас. кафедра хірургії №2, ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України". Адреса: 49000, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.

УДК 616.24.089.87-072.1

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

*В.Є.Севергін, П.П.Шипулін, А.К.Аграхарі, О.О.Кирилук,
С.Д.Поляк, О.Ю.Троніна*

ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНІ УСКЛАДНЕННОГО ПУХЛИННИМ СТЕНОЗОМ БРОНХА І ЛЕГЕНЕВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ, ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Одеська обласна клінічна лікарня

Вступ. Незважаючи на певні успіхи у лікуванні раку легені значна кількість хворих підлягає паліативному і симптоматичному лікуванню. Приєднання

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

кровохаркання є одним з найбільш важких симптомів нерезектабельного раку легені. Небезпечним ускладненням також є ателектаз та гіповентиляція долі або всієї легені.

Методи. Комбінація ендоскопічного гемостазу в поєднанні з рентгенодо-васкулярною емболізацією бронхіальних артерій (РЕЕБА) дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів і продовжити її на деякий час. У клініці РЕЕБА виконана у 108 пацієнтів з нерезектабельними формами раку легені. Причинами відмови від хірургічного лікування були поширений пухлинний процес, вік і тяжкість супутньої патології.

Результати. Домогтися зупинки кровотечі вдалося у 94 пацієнтів. Рецидив легеневої кровотечі спостерігався у 8 пацієнтів, яким повторно виконувалася РЕЕБА. Летальний результат спостерігався в 5 випадках. Нефективним гемостаз виявився у 9 хворих.

Висновки. Таким чином досвід використання РЕЕБА та ендоскопічного гемостазу при ускладнених формах нерезектабельного раку легені дозволяє поліпшити якість життя, а також в подальшому провести хіміопроменеву терапію, що дає можливість продовжити пацієнту життя.

Ключові слова: легенева кровотеча, рак легені, емболізація бронхіальних артерій.

Введення. Незважаючи на певні успіхи в лікуванні раку легені, значна кількість хворих підлягає тільки паліативному симптоматичному лікуванню. Прихований перебіг пухлинного процесу, тривала відсутність явних клінічних проявів багато в чому визначає великі труднощі сучасної діагностики раку легені. Досвід підказує, що більшість хворих з числа осіб з уперше встановленими захворюваннями звертаються до лікаря вже маючи поширений пухлинний процес, який не дозволяє провести радикальне лікування. Так, з числа хворих, що надходять на стаціонарне лікування в різні онкологічні та хірургічні лікувальні установи, III і IV стадії захворювання встановлюються від 40% до 75%, при цьому IV стадія – у 12% (10). Приєднання кровохаркання або легеневої кровотечі є одними з найбільш обтяжливих симптомів не резектабельності раку. При раку легені кровотеча як початковий симптом захворювання відзначається у 20% пацієнтів, а у фіналі захворювання кровотеча виникає у 60% хворих (8). Не менш небезпечним ускладненням є ателектаз і гіповентиляція частки або всієї легені, клініка якого супроводжується явищами дихальної недостатності і приєднанням гнійно-септичної пневмонії.

Останнім часом з'явилися методики ендоскопічної реканалізації пухлинного стенозу і гемостазу з пухлини що кровоточить, із застосуванням лазерного випромінювання, плазмових потоків, електрокоагуляції (4-5) при лікуванні ускладнених форм раку легені. Рідше для цих цілей використовується рентгеноендоваскулярна емболізація бронхіальних артерій (РЕЕБА) (1-3,5-7) і практично не використовується метод радіочастотної термоабляції пухлинного стенозу бронха (РЧА) (9).

У цьому повідомленні дозволимо поділитися власним досвідом використання ендоваскулярних та ендоскопічних методик у лікуванні ускладнених форм раку легені.

Матеріали і методи. У клініці РЕЕБА з бронхоскопічною реканалізацією і гемостазом виконані у 108 хворих з не резектабельними формами раку легені, ускладненого кровохарканням, легеневою кровотечею, ателектазом головного або дольового бронхів. Серед аналізованої групи хворих було 87 чоловіків і 21 жінка. У 99 хворих була центральна форма раку легені, у 9

– периферична. Розподіл хворих за стадіями було наступним: IIIa – 21, IIIb – 51, IV – 36. Причинами відмови від хірургічного лікування був поширений пухлинний процес, вік і наявність важкої супутньої патології, а нерідко і обидві ці причини. Три пацієнта раніше оперовані в різних лікувальних установах з приводу центрального раку легені. У двох випадках причина кровотечі рецидив пухлини в куксу бронха. У одного пацієнта причиною легеневої кровотечі був легеневий фіброз з деформацією кукси бронха. У 67 пацієнтів виявлене звичайне кровохаркання і мала легенева кровотеча, у – 41 виражене.

РЕЕБА виконувалася на апараті Allara Xper FD – 20 «Phillips». Після катетеризації стегнової артерії по Сельдінгеру в грудну аорту вводився катетер «Cobra» 5F2. У двох пацієнтів виконувалася катетеризація правої радіальної артерії, у зв'язку з наявністю в анамнезі синдрому Леріша. Далі виконувалася ангіографія з катетеризацією і контрастуванням бронхіальних артерій на боці ураження. Після виявлення і катетеризації бронхіальної артерії, які живлять пухлину, в неї по провіднику «Transend» вводився робочий катетер. Через останній здійснювали емболізацію судини поліуретановими емболами «Латамп» розмірами 420-750 мкм. Критерієм ефективності емболізації була відсутність контрастування бронхіальних артерій в зоні пухлини.

Методики ендоскопічної коагуляції і реканалізації пухлини через бронхоскоп були наступними. Лазерна фотокоагуляція пухлини здійснювалася під наркозом через дихальний бронхоскоп Фріделя, в просвіт якого вводився фібробронхоскоп або спеціальний провідник з'єднаний з телескопічною оптикою, просвіти яких використовувалися для проведення лазерного кварцового світловода діаметром 400 мкм. В якості джерела випромінювання використовували неодимовий АІГ-лазер «Радуга-1», що генерує інфрачервоне випромінювання з довжиною хвилі 1,064 мкм, що передається до об'єкту по гнучкому світловоду. Фотокоагуляція пухлинної поверхні що кровоточить виконувалася при потужності випромінювання 30-40 Вт з відстані 0,5-1 см від поверхні пухлини. Критерієм ефективності коагуляції було утворення на поверхні пухлини струпа чорного кольору і припинення кровотечі.

Для еоелектрокоагуляції пухлини, що кровоточить, і реканалізації використовували місцеву анестезію і 2х каналні фібробронхоскопи «Olympus» і «Pentax». Після ретельної анестезії дихальних шляхів через робочий канал бронхоскопу до пухлини підводився тонкий електрод. За допомогою останнього контактним методом здійснювалась електрокоагуляція поверхні, що кровоточить. Коагуляція пухлини проводилася з постійною аспірацією крові і диму. Для електрокоагуляції використовували високочастотний електрохірургічний апарат ЕХВА – 350 М «Надія-2». У 32 пацієнтів реканалізація бронхів виконувалася із застосуванням методу радіочастотної термоабляції. Для цих цілей використовувався електрод для кардіоабляції і апарат ФОТЕК 150, потужність 30 Вт, час експозиції від 20 до 30 секунд. Критерієм ефективності була реканалізація бронха. Всі методики що виконувалися під місцевою анестезією вимагали не одноразових повторень, в середньому 4-5 разів.

Результати та обговорення. У результаті проведення РЕЕБА та ендоскопічної реканалізації вдалося домогтися зупинки кровотечі та припинення кровохаркання у 94(87%) хворих. Неefективним гемостаз виявився у 9 (8,3%) хворих. Причинами з'явилася неможливість виконати емболізацію судин що

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

живлять пухлину і складність в ендоскопічній коагуляції поверхні пухлини при верхньодольовій локалізації. Летальний результат від триваючої кровотечі спостерігався в 5 випадках. У 1 пацієнта порожнинною формою раку легені в ранньому післяопераційному періоді виник гострий інфаркт міокарда, в інших 4 випадках причиною летального результату була триваюча кровотеча з пухлини що розпадається, а джерелом триваючої кровотечі були судини малого кола кровообігу.

До теперішнього часу не викликає сумнівів ефективність РЕЕБА в лікуванні легеневих кровотеч, навіть масивного характеру (6,7). При раку легені кровотеча рідко носить масивний характер і частіше носить малий характер, що дозволяє з успіхом використовувати РЕЕБа для його зупинки (1,2). У ході ангіографії при РЕЕБА виявляли розширену і деформовану судинну мережу в зоні пухлини, наявність ендовазації контрасту, розширення артерій з наявністю патологічного шунтування.

РЕЕБА вважалася ефективною у випадках повної відсутності контрастування артерій беруть участь у кровопостачанні пухлини. Не слід виконувати РЕЕБА при наявності широких патологічних анастомозів, що робить цю процедуру небезпечною, що підтверджують інші автори (1,5). Абсолютним протипоказанням до РЕЕБА служать анастомози з спінальними, вертебральними і шийними артеріями.

Припинення кровотечі дозволило надалі провести хіміопроменеве лікування у 79 хворих. У решти 24 пацієнтів хіміопроменева терапія не проводилася у зв'язку з наявністю важкої супутньої патології, триваючою кровотечею, або низькими функціональними показниками. Рецидиви кровохаркання спостерігалися у 10 хворих, причинами були подальше зростання ракової пухлини і триваючий її розпад. Період спостереження за пацієнтами склав 5 місяців. Досвід проведення ендоскопічного гемостазу при раку легені показав ефективність цього методу при невеликих кровотечах і кровохаркання. В окремих ситуаціях вдавалося забезпечити візуальний контроль за проведенням електро- або лазерної коагуляції. Масивне надходження крові в дихальні шляхи не дозволяє контролювати процес коагуляції пухлини і робить цей метод малоефективним. При проведенні піднаркозної бронхоскопії та лазерної фотокоагуляції дихальні шляхи нерухомі, крім того пухлинна поверхня обробляється лазерним променем без контакту з нею, що робить цей метод переважним. Однак повторні наркози і сеанси лазерної коагуляції погано переносяться важкими хворими. Все це робить доцільним на I етапі здійснювати піднаркозну бронхоскопію з гемостазом, а далі використовувати місцеву анестезію з додатковою електрокоагуляцією пухлини. На жаль коагуляційний струп має тенденцію до відторгнення і рецидиву кровохаркання.

Застосування методики ендобронхіальної РЧА дозволило добитися гарного ефекту реканалізації і коагуляції. Однак при більш інтенсивних легеневих кровотечах даний вид гемостазу не ефективний. Раніше при використанні діатермокоагуляції для реканалізації пухлинних стенозів, у 10% пацієнтів легенева кровотеча не тільки не зупинялася, але і посилювалася.

Все вище сказане дозволило нам розробити методику комбінованого гемостазу при раку легені. Спочатку хворим виконувалася РЕЕБА, а потім використовувалися ендоскопічні методи гемостазу, ніж потенційований

кровоспинний ефект. На жаль цей метод можна застосовувати тільки при центральних формах раку легені, коли кровотолива пухлина локалізувалася в головних або дольових бронхах.

При ураженні більше периферичних відділів бронхіального дерева, особливо при порожнинних формах раку РЕЕБА була єдиним лікувальним методом. Таким чином досвід використання РЕЕБА та ендоскопічного гемостазу при ускладнених нерезектабельних формах раку легені дозволяє зробити певні висновки: РЕЕБА є основним способом гемостазу при ускладнених формах раку легені. При центральних формах раку легені, ускладненого кровотечею і ателектазом бронха, доцільно поєднувати РЕЕБА з ендоскопічною лазерною, електрокоагуляцією, РЧТА пухлини. Застосування методу радіочастотної термоабляції для усунення ателектазу бронха вимагає подальших клінічних досліджень. Потребує подальшого вивчення доцільність вище зазначених методів як етапу підготовки до виконання хіміопроменевої терапії.

Література

1. Бойко В.В. Химиоэмболизация бронхиальных артерий у больных раком легкого, осложненным легочным кровотечением / В.В. Бойко, Ю.В. Авдосьев, А.Г. Красноярский [и др.] // Онкология. - 2008.- Т.10, №3. - С.350-353.
2. Гранов А.М. Интервенционная радиология в онкологии / А.М. Гранов, М.И. Давыдов. - СПб: Фолиант, 2013. - 543 с.
3. Григорьев Е.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение легочного кровотечения / Е.Г.Григорьев, А.И.Квашин, С.А.Атаманов [и др.] // Грудная и сер.-сосуд. Хирургия. - 2006. - №4. - С.57-62.
4. Шипулин П.П. Эндоскопическая хирургия трахеи и бронхов / П.П.Шипулин, В.Е.Севергин, С.В.Агеев [и др.]// Укр.Ж. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2011. - Т.15, №4. - С.34-37.
5. Чернеховская Н.Е. Легочные кровотечения / Н.Е.Чернеховская, И.Ю. Коржова, В.Г.Андреев, А.В.Повалев.-М.: Мед-пресс-информ, 2011.-127 с.
6. Bronchial artery embolisation for acute massive haemoptysis: retrospective study / L.F. Chang, E.P.Y. Fung, T.Y.W. Hon [et al.] // I.H.K. Coll Radiol. - 2005. - V.8 - P.15-19.
7. Multidisciplinary management of life-threatening massive hemoptysis: A 10-year experience./ N.Shigemura, I.Y.Wan, S.C.H.Yu. [et al.] // Ann. Thorac. Surg. - 2009. - V.87. - P.849-853.
8. А.Х. Трахтенберг, В.И. Чисов // Клиническая онкопульмонология. - М. ГЭОТАР, 2000. - 599 с.
9. Marasso A., Bernardi V., Gai R. et al. Radiofrequency resection of bronchial tumors in combination with cryotherapy: evaluation of a new technique. // Thorax. - 1998. - V.53. - P. 106-109.
10. Вагнер Р.И. Особенности регионарного метастазирования рака легкого у больных с отягощенным наследственным фактором / Р.И. Вагнер, А.С. Барчук, В.А. Шуткин // Вопросы онкологии. - 1993. - Т.39. - С. 25-29.

**Паллиативное лечение рака легкого осложненного
опухолевым стенозом бронха и легочным кровотечени-
ем, с применением малоинвазивных технологий**

Одесская областная клиническая больница

Вступление. Несмотря на определенные успехи в лечении рака легкого значительное количество больных подлежит паллиативному и симптоматическому лечению. Присоединение кровохарканья является одним из наиболее тяжелых симптомов нерезектабельного рака легкого. Не менее опасным осложнением является ателектаз и гиповентиляция доли либо всего лёгкого, клиника которого сопровождается явлениями дыхательной недостаточности и присоединением гнойно – септической пневмонии.

Методы. Комбинация эндоскопического гемостаза в сочетании с рентгенэндо-васкулярной эмболизацией бронхиальных артерий (РЭЭБА) позволяет улучшить качество жизни пациентов и продлить ее на некоторое время. В клинике РЭЭБА выполнена у 108 пациентов с нерезектабельными формами рака легкого. Причинами отказа от хирургического лечения был распространенный опухолевый процесс, возраст и тяжесть сопутствующей патологии.

Результаты. Добиться остановки кровотечения удалось у 94 пациентов. Рецидив легочного кровотечения наблюдался у 10 пациентов, которым повторно выполнялась РЭЭБА. Летальный исход наблюдался в 5 случаях. Неэффективным гемостаз оказался у 9 больных.

Выводы. Таким образом опыт использования РЭЭБА и эндоскопического гемостаза при осложненных формах нерезектабельного рака легкого позволяет улучшить качество жизни, а также в дальнейшем провести химиолучевую терапию, что дает возможность продлить пациенту жизнь.

Ключевые слова: легочное кровотечение, рак легкого, эмболизация бронхиальных артерий.

*V.E. Severgin, P.P. Shypulin, A.K. Agrahari, O.O. Kyrylyuk,
S.D. Polyak, O.Yu. Tronina*

**Palliative treatment of lung cancer complicated with tumor
stenosis of bronchi and pulmonary hemorrhage with the use
of noninvasive technologies**

Odesa Regional Clinical Hospital

Introduction. Despite certain successes in the treatment of lung cancer a significant number of patients is subject to symptomatic and palliative treatment. Accession of hemoptysis is one of the most severe symptoms of unresectable lung cancer.

Methods. The combination of endoscopic hemostasis in conjunction with endovascular embolization of bronchial arteries (REEBA) allows improving quality of life of patients and prolonging it for a while. In clinic the REEBA was performed in 108 patients with unresectable lung cancer. Reasons for non-surgical treatment were prevalent neoplastic process, age and severity of comorbidities.

Results. Stop of bleeding in 94 patients was achieved. Recurrence of pulmonary hemorrhage was observed in 9 patients with iteratively performed REEBA. Lethal outcome was observed in 5 cases. Ineffective hemostasis appeared in 3 patients.

Conclusion. Thus the experience of using REEBA and endoscopic hemostasis in

complicated forms of unresectable lung cancer allows to improve quality of life, as well as in the future to hold chemoradiotherapy, which makes it possible to prolong the patient's life.

Key words: pulmonary hemorrhage, lung cancer, bronchial artery embolization.

Відомості про авторів:

Севергін Владислав Євгенійович - к.мед.н., ординатор відділення торакальної хірургії ООКЛ. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 28, тел.: 75-00-315.

Шипулін Павло Павлович - к.мед.н, завідуючий відділенням торакальної хірургії ОКЛ, м. Одеса. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 26, тел.: 75-00-315.

Аграхарі Аміт Кумар - ординатор відділення торакальної хірургії ОКЛ, м. Одеса. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 26, тел.: 75-00-315.

Кирилюк Олександр Олександрович - ординатор відділення торакальної хірургії ОКЛ, м. Одеса. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 26, тел. 75-00-315.

Троніна Олена Юрьевна - аспірант кафедри хірургії №1 з післядипломною підготовкою ОНМедУ, м. Одеса. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 26, тел. 75-00-315.

Поляк Сергій Дмитрівич - доцент кафедри хірургії №1 з післядипломною підготовкою ОНМедУ, м. Одеса.

УДК: 616– 089+616 – 002.36 +616.27

© С.С. СНІЖКО, 2015

С.С. Сніжко

ПРИЧИНИ ТА ДІАГНОСТИКА ХВОРИХ ІЗ ГНІЙНИМ НИЗХІДНИМ МЕДІАСТИНИТОМ

Івано-Франківський національний медичний університет

Вступ. Несвоєчасна діагностика гнійних медіастинітів (ГМ) призводить до швидкого виникнення синдрому системної запальної відповіді і сепсису та супроводжуються численними ускладненнями, що створюють пряму загрозу життю хворого. Основною причиною діагностичних помилок називають недостатність знань лікарями клінічних проявів та алгоритмів діагностики захворювання на етапах надання медичної допомоги.

Мета. Комплексний аналіз причин виникнення гнійників у міжфасціальних проміжках шиї та виявлення найбільш небезпечних локалізацій та шляхів поширення гнійного процесу у клітковину середостіння, виявлення причин помилок у діагностиці хворих із гнійним медіастинітом на етапах надання медичної допомоги.

Матеріали і методи. Впродовж 2000-2014 рр. на лікуванні в торакальному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні знаходилося 60 хворих із ГМ. Проведений детальний аналіз частоти виявлення і правильної інтерпретації симптомів ГМ, які були задокументовані на всіх етапах надання медичної допомоги.

Результати. Кількість діагностичних помилок на I-ій ланці медичної допомоги становила 96,6 %, на II-ій ланці 73,4 %, на III-ій – 13,4%. При проведенні оперативного лікування в I-шу добу від початку захворювання післяопераційна летальність складала 0 %, на II-гу добу 13,6 %, на III-тю добу 29 %, на IV-ту добу 100 %. Найбільшу загрозу життю хворим з низхідним гнійним медіастинітом представляють одонтогенні превісцеральні флегмони шиї, летальність при яких, за нашими даними, складала 66,6%. Розвиток низхідного тотального гнійного медіастиніту найбільш часто відзначали у хворих з тонзилогенного ретровісцеральними флегмонами шиї, летальність при цій формі захворювання складала 26,6%. Своєчасна діагностика і рання госпіталізація хворих з низхідним гнійним медіастинітом в спеціалізоване відділення торакальної хірургії є