

нений и время принятия решения о выполнении операции по поводу осложнения. Использование торакоскопических технологий, протективных режимов ИВЛ во время операции и в послеоперационном периоде, а также использование современных органосохраняющих технологий, включая ЭКМО, позволяет существенно снизить травматичность вмешательства и повысить его безопасность для отягощенных пациентов, имеющих мультиорганную патологию.

МЕТОД И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АРТЕРИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

КОКОВ Л.С., ТАРАБРИН Е.А., ИБАВОВ И.У., КИРЮЩЕНКОВ В.П.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
ibragimf@mail.ru

Цель: оценить эффективность эмболизации бронхиальных артерий у пациентов с легочным кровотечением из системы большого круга кровообращения.

Актуальность: легочное кровотечение относится к жизнеугрожающим неотложным состояниям, при которых летальность может достигать 30–50%, а при массивном кровотечении — превышает 50%. Физикальными способами обследования, рентгенографией, компьютерной томографией и даже бронхоскопией не всегда удается выяснить причину легочных кровотечений. По данным ряда авторов, в 7–22% наблюдений не удается идентифицировать генез кровотечения; когда отсутствуют какие-либо эндобронхиальные или паренхиматозные изменения, в таких случаях легочное кровотечение расценивается как идиопатическое. Наиболее эффективным способом выявления источника такого легочного кровотечения является инвазивная ангиография — селективная бронхиальная артериография.

Материалы и методы: за 2017 г. в отделении торакальной хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского пролечено 26 пациентов с легочным кровотечением, подтвержденным при фибробронхоскопии. Из них 18 мужчин (69,2%), 8 (30,8%) женщин. У 13 пациентов легочное кровотечение было на фоне различных заболеваний легких (50%), у 8 (30,2%) — злокачественных опухолей легких, в 6 наблюдениях (19,8%) — идиопатическое легочное кровотечение.

Результаты: во всех случаях назначение консервативной гемостатической терапии оказывало стойкий эффект в 15 (57,7%) наблюдениях. У 3 (11,5) пациентов гемостаз достигнут посредством хирургического вмешательства в объеме анатомической резекции легких. В 8 (30,9%) случаях выполнена бронхиальная артериография. При эндоваскулярном исследовании у пациентов с ЛК из системы большого круга кровообращения нетравматической этиологии подтверждающие источник ЛК являлись косвенные признаки: гиперваскуляризация, извитость и дилатация бронхиальных артерий. Вмешательство завершено после введения эмболизата (Embozene 300–700мкм) в бронхиальные артерии до достижения симптома «стоп-контраст». Во всех случаях

использования ангиографического гемостаза достигнут стойкий положительный эффект.

Выводы:

1) Ангиографическое исследование, включающее селективную бронхиальную артериографию, является достаточно информативным для выявления источника ЛК.

2) Косвенными признаками источника ЛК являются: гиперваскуляризация, извитость и дилатация бронхиальных артерий.

3) Ангиографический гемостаз при ЛК из системы большого круга кровообращения является эффективным методом лечения при безуспешной консервативной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ИЗОПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКИМ ТРАНСПЛАНТАТОМ ИЗ БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЫ КОМПРОМЕТИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

МАРИЙКО В.А., ДОРОФЕЕВ Д.А., НЕЧАЙ В.С., ПЕТНЮНАС А.С.
Тульская областная клиническая больница, Тула
dmitriydr@mail.ru

Основным видом пластического материала для эзофагопластики является желудок. Это отмечает большинство хирургов, выполняющих операции на пищеводе. У абсолютного большинства пациентов после этого вида пластики качество жизни намного выше, чем при кишечной пластике. Кроме того, формирование только одного внеполосного анастомоза на шее значительно снижает риск оперативного вмешательства.

К сожалению, желудок можно использовать не во всех случаях эзофагопластики. Если ранее на желудке выполнялись какие-либо оперативные вмешательства, имеется ожог или язвенная болезнь желудка, это может послужить причиной отказа от пластики пищевода желудочной трубкой. На сегодняшний день очень ограниченное число авторов применяют измененный желудок для пластики пищевода. Основным условием возможности формирования изоперистальтического желудочного трансплантата является сохранность правой желудочно-сальниковой артерии.

Приводя возможности использования скомпрометированного желудка в качестве пластического материала, авторы приводят различные оценки своих результатов. К сожалению, мы в литературе не нашли сравнительного анализа возможности использования поврежденного желудка, что послужило целью наших исследований.

Проведен анализ 72 случаев эзофагогастропластики, проведенных в условиях хирургического торакального отделения Тульской областной клинической больницы в период с 2005 по 2016 гг. Случаи разделены на две основные группы по состоянию стенки желудка в зоне формирования трансплантата и эзофагогастроанастомоза.

В основную группу вошло 23 случая, где в качестве пластического материала использовался скомпрометированный желудок. В 15 (65,2%) ранее выполнялась гастростомия, в 3 (13,0%) — деформация желудка за счет ушивания прободной язвы желудка, по 1 (4,4%) случаю — за счет ра-