

К ВОПРОСУ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРУБЧАТОЙ ТОРАКОСТОМИИ В ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ

Мамедов Э.Ш.

*Мамедов Эльман Шахмар оглы – аспирант,
Кафедра торакальной хирургии, медицинский факультет,
Эгейский университет, г. Эгей, Турция*

Аннотация: в рандомизированных исследованиях больные были подразделены на 2 группы: в одной группе дренажная трубка была удалена в конце вдоха, а в другой – в конце выдоха. Для обоих протоколов в целях обеспечения вдоха и выдоха был выполнен маневр Вальсальвы, состояние больных на 6-й и 24-й час после завершения трубчатой торакастомии было оценено с помощью легочных графиков. При оценке степени возрастания стабильного пневмоторакса на контрольных легочных графиках выявлена их зависимость от таких субъективных факторов, как положение больного при снятии графика, глубина вдоха и выдоха. Несмотря на существование нескольких модификаций этих методов фиксации, общепринятым считается наложение одного или двух швов с одной или с двух сторон от места дренажа. Превосходство этого метода заключается в том, что после снятия дренажа края разрезов приближаются друг к другу в параллельной форме, что, в отличие от U-образного шва, выглядит более эстетично.

Ключевые слова: грудная клетка, трубчатая торакастомия, дренаж, фиксация.

Трубчатая торакастомия - один из наиболее часто используемых видов вмешательств в грудной хирургии [1, 2]. Существует множество публикаций и предложений по показаниям и технике проведения этой процедуры [3]. Однако этого нельзя сказать о целесообразности проведения тех или иных способов завершения трубчатых торакостомий. Дефект экспансии, возникающий после завершения трубчатой торакастомии, хоть и не расценивается как серьезное осложнение, однако приводит к продлению реабилитационного периода и возрастанию сроков пребывания больного в стационаре и его расходов, а случаи рецидивирующего пневмоторакса, требующие повторного введения трубки, составляют 1-6% [4, 5, 6]. Дефект экспансии обычно возникает из-за проникновения воздуха в плевральную полость во время проведения процедуры. Причиной этому является отрицательное интраторакальное давление. Внутригрудное давление, меняющееся в пределах от -5 до -10 мм Hg при глубоком вдохе, колеблется от -2 до -5 ммHg после полного выдоха [1, 3]. Маневр Вальсальвы при завершении трубчатой торакастомии при выдохе были предложены со стороны Muller K. и Sahn S. в 1987 году [4]. В этих рандомизированных и проспективных исследованиях были сравнены две группы больных с различными методами завершения трубчатой торакастомии. При этом после применения трубки не было выявлено различий в плане возникновения на ранних этапах рецидивирующего пневмоторакса и в сроках пребывания на больничной койке. Bell и сотрудники в проспективных исследованиях, проведенных среди 69 травмированных больных, леченных с использованием трубчатой торакастомии, дали сравнительную оценку между завершением процедуры в конце вдоха и в конце выдоха. Критериями завершения трубчатой торакастомии у добровольных больных послужили полное рентгенологическое устранение пневмоторакса или отсутствие стабильного пневмоторакса и утечки воздуха. В рандомизированных исследованиях больные были подразделены на 2 группы: в одной группе дренажная трубка была удалена в конце вдоха, а в другой – в конце выдоха. Для обоих протоколов в целях обеспечения вдоха и выдоха был выполнен маневр Вальсальвы, состояние больных на 6-й и 24-й час после завершения трубчатой торакастомии было оценено с помощью легочных графиков. В эти исследования были привлечены также больные, имеющие минимальный дефект экспансии до завершения трубчатой торакастомии. При оценке степени возрастания стабильного пневмоторакса на контрольных легочных графиках выявлена их зависимость от таких субъективных факторов, как положение больного при снятии графика, глубина вдоха и выдоха. Welch, Marino и сотрудники отмечали, что в ежедневной практике у своих больных использовали метод задержки дыхания в конце глубокого вдоха. В нашей клинике общепринятая процедура тоже была проведена с завершением трубчатой торакастомии при глубоком вдохе. Причиной этому послужило то, что из-за внезапной боли больные более предрасположены к вдоху, чем к выдоху, что, как мы считаем, повышает риск проникновения воздуха в область дренирования. Другие методы фиксации дренажа используются хирургами, не являющимися специалистами именно в области грудной хирургии. Несмотря на существование нескольких модификаций этих методов фиксации, общепринятым считается наложение одного или двух швов с одной или с двух сторон от места дренажа. Превосходство этого метода заключается в том, что после снятия дренажа края разрезов приближаются друг к другу в параллельной форме, что, в отличие от U-образного шва, выглядит более эстетично. У этих больных не обнаруживались легочные патологии, в связи с чем после снятия дренажа снижалась вероятность возникновения осложнений в виде дефекта экспансии.

Список литературы

1. *Daly R., Mucha P., Pairolero P., Farnell M.* The risk of percutaneous chest tube thoracostomy for blunt thoracic trauma. // *Ann Emerg Med.*, 1985. 14:865–870.
2. *Etoch S., Bar-Natan M., Miller F., Richardson J.* Tube thoracostomy.// *Arch Surg.*, 1995.130:521–526.
3. *Helling T., Gyles N., Eisenstein C., Soracco C.* Complications following blunt and penetrating injuries in 216 victims of chest trauma requiring tube thoracostomy. // *J Trauma*, 1989. 29:1367–1370.
4. *Miller K., Sahn S.* Chest tubes. // *Chest*, 1987; 91:258–264.
5. *Moore D.W.O., Ruckdeschl J.C.* Pleural effusions in patients with malignancy. In: Roth J.A., Ruckdeschel J.C., Weisenberger T.H. eds. *Thoracic oncology*. Philadelphia: WB Saunders, 1995. 556–566.
6. *Younes R.N., Gross J.L., Aguiar S., Haddad F.J., Deheinzelin D.* When to remove a chest tube? A randomized study with subsequent prospective consecutive validation. // *J Am Coll Surg.*, 2002. Nov. 195 (5): 658-662.