

***Штейн А.Л., Маскевич В.Н., Каратыш М.И.,
Скобелев П.Е, Карпуть Е.С.***

*УЗ «Минский областной противотуберкулезный
диспансер» г.Минск Беларусь*

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ.

Введение. Лечение пациентов с эмпиемой плевры до сих пор представляет собой сложную проблему. Традиционные оперативные методы лечения часто сопровождаются осложнениями, нередко травматичны и не всегда выполнимы из-за тяжелого состояния больных. Перспективным является применение методов “малой” хирургии в комплексном лечении пациентов с эмпиемой плевры, в том числе видеоторакоскопии, что в зависимости от тяжести легочной патологии, приводит к излечению в 20%-90%

наблюдений.

Цель. Изучить опыт применения видеоторакоскопических вмешательств в комплексном лечении пациентов с эмпиемой плевры.

Материалы и методы. За последние 5 лет (2009-2014гг) в отделении торакальной хирургии видеоторакоскопические вмешательства выполнены 224 пациентам с эмпиемой плевры различной этиологии. Преобладали (85%) лица мужского пола в возрасте от 23 до 65 лет. Срок от момента начала заболевания до госпитализации в специализированное отделение составлял 14 суток. Показания к операции устанавливались на основании клинико-анамнестических данных, полипозиционного рентгенологического обследования, КТ органов грудной клетки, УЗИ плевральной полости, контрольной пункции плевральной полости с исследованием содержимого. Основными показаниями к видеоторакоскопическому вмешательству являлись: отсутствие эффекта от проводимого традиционными методами лечения, посттравматическая эмпиема, многокамерная эмпиема, фибриноторакс, необходимость морфологической верификации диагноза. Противопоказаниями являлись общее крайне тяжелое состояние пациента, двухстороннее распространенное поражение легочной ткани, наличие декомпенсированной сопутствующей патологии. Видеоторакоскопические операции выполнялись чаще всего на 2-5 сутки с момента поступления пациента в стационар, после проведения необходимого дообследования и соответствующей предоперационной подготовки. Точки введения торакопортов определялись по результатам предоперационного УЗИ плевральной полости. (Наиболее часто 7 межреберье по заднеподмышечной линии, 4-6 по средне - или переднеподмышечной линии). 1 стадия эмпиемы выявлена у 15 пациентов, 2 стадия у 129, 3 стадия у 23 пациентов, что в большинстве случаев соответствовало данным предоперационного обследования. Туберкулезное поражение плевры выявлено у 59 пациентов. При 1- 2 стадиях вмешательство заключалось в санации плевральной полости, производился пневмолиз, удаление фибриноторакса, при необходимости частичная декорткация. В случае выявления 3 стадии, один из доступов расширялся до мини-торакотомии длиной до 5см и выполнялась видеоассистированная декорткация легкого с частичной плеврэктомией. При выявлении периферически расположенных гнойно-некротических поражений легочной ткани, выполнялась некрэксеквестрэктомия. Небольшие бронхоплевральные коммуникации подвергались электрокоагуляции, прошиванию ручным либо аппаратным швом с последующей обработкой фибрином латексным клеем. Дренажирование плевральной полости осуществлялось 2-мя силиконовыми дренажными трубками с последующей постоянной активной вакуум-аспирацией в послеоперационном периоде

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов на 2-4 сутки после операции отмечалось значительное улучшение общего состояния, уменьшение симптомов интоксикации, улучшение клинических и биохимических показателей. Клинического излечения удалось добиться у 158 пациентов (70,9%), 59 (23,3%) пациентов с туберкулезным поражением плевры продолжили лечение в соответствующих отделениях легочного туберкулеза, 6 пациентам (2,68%) после стабилизации состояния выполнены различные радикальные хирургические вмешательства по поводу персистирующих бронхоплевральных свищей. Летальный исход отмечен у 1 пациента, обусловлен тяжелой

сопутствующей патологией.

Выводы.

1. Видеоторакоскопия является современным малотравматичным методом диагностики и лечения при эмпиеме плевры.
2. Наиболее эффективным является применение видеоторакоскопии при 1, 2 и в начале 3 стадии эмпиемы плевры. При хронической эмпиеме плевры, в ряде случаев возможно выполнение видеоассистированной декорткации и частичной плеврэктомии
3. При определении показаний к видеоторакоскопическим вмешательствам важное значение имеет предоперационное УЗИ плевральной полости, позволяющее с достаточной степенью достоверности оценить характер изменений в плевральной полости
4. Своевременное применение видеоторакоскопии при эмпиеме плевры позволяет значительно снизить летальность, предотвратить развитие серьезных осложнений, сократить длительность лечения, что обеспечивает значительный экономический эффект