

*Вакулич Д.С., Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А., Боуфалик
Р.И., Игнатюк А.Н., Шестюк А.М.*

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «УПРАВЛЯЕМОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИ- РАЦИИ» ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

*УЗ «Брестская областная клиническая больница»,
г. Брест, Республика Беларусь*

Актуальность. До сих пор лечение гнойно-деструктивных болезней легких и плевры остается сложной проблемой торакальной хирургии. Эмпиема плевры с формированием бронхоплевральных свищей осложняет течение тяжелой пневмонии в 19,1-73% случаев. Неэффективность проводимого адекватного лечения деструкций легких у 11-40% пациентов приводит к хронизации процесса, что становится причиной длительной временной (до 40% случаев) и стойкой утраты трудоспособности (до 22%).

Цель: оценить эффективность малоинвазивных методик хирургического лечения пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких осложненных гнойно-фибринозной или фибринозной стадиями эмпиемы плевральной полости.

Материалы и методы: С 2015 по настоящее время в торакальном отделении Брестской областной клинической больницы пролечено 83 пациента с эмпиемой плевры в сочетании с ограниченной деструкцией легкого. По гендерному признаку: 21 (25%) женщина и 62 (75%) мужчины.

Результаты и обсуждение: Дренирование полости плевры под УЗ-контролем оказалось эффективным у 10 (12%) пациентов второй (фибринозной) стадии эмпиемы по Light и отсутствию осумкований.

Показанием к видеоторакоскопическим вмешательствам являлось отсутствие эффекта от дренирования в течение 5-7 дней и наличие многокамерных осумкований с признаками развития фибринозной стадии эмпиемы плевры. Видеоторакоскопия выполнена у 48 человек (58%), из них у 23 (47%) методика использована как первичная операция по поводу многокамерной эмпиемы плевры.

Под видеоконтролем выполнялась санация плевральной полости, ликвидация осумкований с интраплевральным расправлением легкого. Положительных эффект получен у 36 (75%) человек. В 7 (14,5%) случаях потребовались повторные вмешательства. Средний срок госпитализации составил 21,7 дней. Летальных исходов не было.

Выявление 3-ей стадии развития эмпиемы плевры и (или) наличие бронхо-плеврального свища потребовало у 19 (23%) человек выполнения видеоассистированных операций.

Через место стояния дренажа вводился торакопорт с визуализацией полости эмпиемы. Не менее чем на 1-2 межреберья выше выполнялась миниторакотомия длиной до 5-7 см. Выполнялась декортикация легкого и санация очага эмпиемы. У 10 (52%) пациентов операция завершилась герметичным закрытием гемиторакса с постановкой 2-х дренажей.

В послеоперационном периоде выполнялись фракционные вливания смеси антибиотиков с димексидом до 2-х раз в сутки с последующим ведением пациентов на управляемом вакууме с разряжением 15-20 см вод. ст. Повторные видеоассистированные вмешательства проводились у 3-х (16%) пациентов без расширения объема операции.

Средняя продолжительность госпитализации составила 24,5 дня. Летальных исходов не зафиксировано.

Наличие у 6 (7,2%) пациентов бронхо-плевральной фистулы, не позволяющей ликвидировать полость эмпиемы, потребовало резекции 1-2 ребер над полостью эмпиемы с формированием торакостомы. У данных пациентов после максимально-возможной декортикации и санации в полость эмпиемы устанавливалась вакуумная конструкция. Методика основана на сочетании управляемой вакуумной аспирации с принципом локального отрицательного давления. Конструкция состояла из стерильной гидрофильной полиуретановой губки с размером пор от 400 до 2000 мк, пропитанной раствором Йодискина с армированной перфорированной не спадающейся дренажной трубкой диаметром 30 Fr. Конец дренажа у 2-х пациентов выводился через место стояния торакопорта, а у 4-х через торакостому. Рана покрывалась адгезивным покрытием. Дренаж подключался на постоянный вакуум с разряжением от 20 до 35 см вод. ст.

Перевязки проводились раз в 3-4 дня. Первые 3 замены вакуумной конструкции проводились в условиях операционной под внутривенной анестезией. Активизация пациента осуществлялась с первых суток после операции. На фоне проводимого лечения у всех пациентов на 5-7 сутки достигнуто очищение полости эмпиемы на фоне снижения температуры тела, лейкоцитоза, СОЭ и уровня СРБ.

На курс лечения потребовалось от 4-х до 7 замен полиуретановых губок. Вакуумная терапия занимала от 18 до 34 дней. Далее рана велась открыто с применением марлевых салфеток с растворами димексида, хлоргексидина и йодискина с антибиотиками.

За 21 день у двух пациентов достигнута облитерация полости эмпиемы с наложением вторичных швов на 28-ые и 31-ые сутки. У двух пациентов удалось добиться облитерации полости эмпиемы в более поздние

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

сроки, с которыми они выписаны на амбулаторное лечение. У двух на фоне уменьшения полости эмпиемы в два раза выполнена торакомиопластика лоскутом широчайшей мышцы спины и местными тканями через 4 месяца с момента операции. Средний срок госпитализации составил 52,8 дней.

Выводы: Малоинвазивные технологии с использованием вакуумных конструкций с успехом могут применяться в хирургических стационарах. Малая травматичность вмешательства, ранняя активизация, местное ведение гнойного очага с постоянной аспирацией содержимого приводит к сокращению пребывания пациента в стационаре, снижению затрат на перевязки, более раннему переводу на амбулаторное лечение.