

*Кунтель М.А. 2, Татур А.А.1, Росс А.И. 2, Пландовский А.В. 1,
Протасевич А.И. 1, Попов М.Н.2*

РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЭМПИЕМАМИ ПЛЕВРЫ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
УЗ «10-я городская клиническая больница»²
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Острая эмпиема плевры (ОЭП) у большинства пациентов имеет вторичный характер, осложняя течение пневмоний, абсцессов и гангренов легких, гнойных медиастинитов, тяжелых травм груди, операций на легких и средостении. Современный стандарт лечения ОЭП – активное дренирование полости эмпиемы с эвакуацией гнойного содержимого, ее санация растворами антисептиков в сочетании с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией с достижением расправления легкого. У ряда пациентов показано применение малоинвазивной видеоторакоскопической (ВТС) декорткации легкого и плеврэктомии при условии компенсации сопутствующей патологии и состояния пациента, учета степени операционно-анестезиологического риска и эффективности дренирующего вмешательства.

Материалы и методы. С ноября 2010 по декабрь 2017 гг. в РЦТХ на базе ГТО УЗ «10-я ГКБ» г. Минска находилось на лечении 424 пациента с ОЭП, у 80 из которых выполнена ВТС-декорткация легкого и плеврэктомия (18,9%). Диагностическая программа до операции включала рентгенографию ОГК, УЗИ плевральных полостей, КТ ОГК, бактериологическое и лабораторное обследование. Проведен анализ результатов диагностики и оценка эффективности ВТС в комплексном лечении пациентов с ОЭП.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 64(80%), женщин - 16(20%). Средний возраст пациентов составил $46,1 \pm 11,3$. Открытая ОЭП диагностирована у 11 (13,75%) пациентов. У 44 (55%) пациентов процесс был справа, у 36 (45%) – слева. Превалировали пациенты с ОЭП пара-, метапневмонической (48; 60%) и травматической (20; 25%) этиологии. Послеоперационная ОЭП была у 4 пациентов(5%), как осложнение инфекционной деструкции легкого – у 6 (7,5%), панкреатогенная – у 2 (2,5%). Субтотально-тотальная ОЭП была диагностирована у 58 пациентов (72,5%). У 27, пациентов (5%) показанием к ВТС-вмешательству явились ограниченные ОЭП: паракостально – костодиафрагмальные- у 14 (17,5%), костодиафрагмальные – у 4 (5%), паракостальные - у 4 (5%) и апикальная – у 1 (1,25%). В бактериограммах выявлено превалирование *Ps. aeruginosa* (36,8%). У 56 пациентов (70%) проведено ВТС-вмешательство в объеме

декорткации легкого и плеврэктомии. В ходе ВТС-операции ликвидировали легочно-плевральные сращения, удаляли фибриновые наложения, аспирировали гнойный экссудат и детрит. ВТС – вмешательство заканчивали активным дренированием плевральной полости 3 дренажами, которое создавало условия для достижения стойкой реэспансии легкого. Дренажи из плевральной полости удаляли на 3-5 сутки после операции. Общая средняя длительность лечения пациентов составила $31,5 \pm 16,4$ дней, а после ВТС – $22,2 \pm 13,6$ дня. У 24 пациентов (30%), ввиду выраженности воспалительных изменений в плевральной полости, наличия массивного спаечного процесса проведена конверсия на торакотомию, общая средняя длительность лечения в этой группе составила $48,5 \pm 38,5$ дней, после ВТС и торакотомии – $39 \pm 37,3$ дня. 37 пациентов (46,25%) были оперированы после короткой предоперационной подготовки в срочном порядке без предшествующего дренирования полости эмпиемы (медиана – 6 суток). 43 пациентам (53,75%) ВТС-вмешательства были выполнены в отсроченном порядке (медиана – 8 суток) после стабилизации общего состояния пациентов и дренирования полости эмпиемы. В послеоперационном периоде проводили этиотропную антибактериальную терапию. Общая средняя длительность лечения пациентов с ОЭП составила $36,6 \pm 26,1$ дней. Длительность нахождения в стационаре после выполнения плеврэктомии и декорткации составила $27,2 \pm 24,3$ дней. Больших интраплевральных осложнений, летальных исходов и рецидивов эмпиемы при применении ВТС-технологий в лечении ОЭП не было.

Выводы. 1) При отсутствии витальных противопоказаний ВТС является методом выбора лечения пациентов с ОЭП. 2) При определении показаний к ВТС-вмешательству необходимо учитывать общую тяжесть состояния пациента и КТ-параметры ОЭП; 3) ВТС-ая декорткация и плеврэктомия позволяет в короткие сроки ликвидировать гнойный процесс, значительно снизить сроки и длительность лечения по сравнению с торакотомией; 4) У 30% пациентов, ввиду наличия выраженных воспалительных изменений в плевральной полости и массивного спаечного процесса, необходима конверсия на торакотомию.