

РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЭМПИЕМАМИ ПЛЕВРЫ

*Куптель М.А.², Татур А.А.¹, Пландовский А.В.¹,
Протасевич А.И.¹, Росс А.И.²*

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

Актуальность. Острая эмпиема плевры (ОЭП) у большинства пациентов имеет вторичный характер, осложняя течение пневмоний, абсцессов и гангрены легких, гнойных медиастенитов, тяжелых травм груди, операций на легких и средостении. Сегодня стандартом лечения ОЭП является активное дренирование полости эмпиемы с эвакуацией гнойного содержимого, ее санацией растворами антисептиков в сочетании с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией с достижением расправления легкого. С учетом тяжести состояния пациента с ОЭП, возраста, компенсации коморбидной патологии, степени операционно-анестезиологического риска, эффективности дренирующего вмешательства у ряда пациентов показано применение малоинвазивной видеоторакоскопической (ВТС) декорткации легкого и плеврэктомии.

Материалы и методы. С ноября 2010 по декабрь 2017 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе гнойного торакального отделения 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±11,3. У 44 (55%) пациентов процесс был справа, у 36 (45%) – слева. Открытая ОЭП диагностирована у 11 (13,75%) пациентов. Преобладали 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%). Основным показанием к ВТС-операции явились субтотально-тотальные ОЭП, которые были диагностированы у 58 пациентов (72,5%). У 27, 5% пациентов показанием к ВТС-вмешательству явились ограниченные ОЭП: паракостально – костофрагмальные- у 14 (17,5%), костофрагмальные – у 4 (5%), паракостальные - у 4 (5%) и апикальная – у 1 (1,25%). В бактериограммах выявлено преобладание *Ps.aeruginosa* (36,8%). У 56 (70%) пациентов проведены ВТС-вмешательства в объеме декорткации

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

легкого и плеврэктомии. Место выбора введения первого торакопорта выбиралось с учетом, установленных при КТ, локализации и размеров гнойно-фибринозных скоплений с последующим введением 2-3 троакаров под видеоконтролем. В ходе ВТС-операции ликвидировали легочно-плевральные сращения, удаляли фибринозные наложения, аспирировали гнойный экссудат и детрит. ВТС- вмешательство заканчивали активным дренированием плевральной полости 3 дренажами, которое создавало условия для достижения стойкой реэкспансии легкого. Дренажи из плевральной полости удаляли на 3-5 сутки после операции. Общая средняя длительность лечения составила $31,5 \pm 16,4$ дней, после ВТС – $22,2 \pm 13,6$ дня. У 24 (30%) пациентов, ввиду выраженности воспалительных изменений в плевральной полости, наличия массивного спаечного процесса проведена конверсия на торакотомию, общая средняя длительность лечения составила $48,5 \pm 38,5$ дней, после 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 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 декортикации 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 определении показаний к ВТС-вмешательству необходимо учитывать общую тяжесть состояния пациента и КТ-параметры ОЭП;
2. ВТС – ая декортикация и плеврэктомия у 12,7% пациентов позволяет в короткие сроки ликвидировать гнойный процесс, избежав хронизации процесса;
3. У 30% пациентов ввиду наличия выраженных воспалительных изменений в плевральной полости и массивного спаечного процесса проведена конверсия на торакотомию;
4. При отсутствии витальных противопоказаний ВТС является методом выбора лечения пациентов с ОЭП.