

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

Малашенко Н.М., Рыжкова А.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»

Минск, Беларусь

В статье представлен опыт хирургического лечения пациентов с легочно-плевральными формами деструктивных пневмоний. Торакоскопия и этапная торакоскопия явились эффективными методами лечения. При оценке длительности стояния дренажей после изолированной ТС либо в сочетании с другими методами лечения разницы найдено не было.

Ключевые слова: *деструктивная пневмония, эмпиема, лечение, дети.*

SURGICAL TREATMENT OF PLEURAL EMPIEMA IN CHILDREN

Malashenko N.M., Ryzhkova A.V.

Republican scientific and practical center for pediatric surgery

Minsk, Belarus

The experience of surgical treatment of patients with pulmonary-pleural forms of destructive pneumonia is presented in the article. Thoracoscopy and staged thoracoscopy have proven to be effective treatments. When assessing the duration of the drainage standing after isolated TS or in combination with other methods of treatment, no difference was found.

Key words: *destructive pneumonia, empyema, treatment, children.*

Введение. Деструктивная пневмония, осложненная эмпиемой плевры, – тяжелая гнойная хирургическая инфекция, которая характеризуется разрушением паренхимы легкого при этом происходит вторичное воспаление листков плевры, в результате чего скапливается гной в плевральной полости [1, 2].

На данный момент времени нет четкого алгоритма хирургического лечения легочно-плевральных форм деструктивных пневмоний (ЛПФДП) [3]. Раньше обязательной процедурой при ЛПФДП считался торакоцентез. На современном этапе некоторые авторы утверждают, что своевременная антибиотикотерапия, даже при осложненных пневмониях, достаточно эффективна [4]. Другие исследования говорят, что простое дренирование плевральной полости в условиях ограниченных ресурсов является методом выбора [5, 6]. Также есть данные, что нет разницы между плевральной пункцией и дренированием [7]. Установка межреберного дренажа в сочетании с фибринолитической терапией (стрептокиназа, урокиназа и др.) – один из наиболее эффективных, доступных и часто используемых методов [8]. Однако альтернативой фибринолитикам на данный момент является торакоскопическая санация плевральной полости, которая позволяет под контролем зрения удалить как жидкий, так и твердый компоненты [9, 10, 11].

Материалы и методы. В республиканском научно-практическом центре детской хирургии за период с 2019 по 2021 годы с ЛПФДП находилось 16 детей. Диагностика включала в себя рентгенографию, ультразвуковую диагностику и компьютерную томографию. Возрастной интервал составил 1 - 15 лет. Чаще всего были дети в возрасте 4 лет. Двусторонняя пневмония наблюдалась у 10 (63%) пациентов, из которых только у троих произошло

билатеральное вовлечение плевры в септический процесс. В среднем, от начала появления признаков острой респираторной инфекции до верификации пневмонии проходило 6 суток. Промежуток между выявлением пневмонии и развитием плевральных осложнений составил также 6 суток. Развитие ЛПФДП, которое требует хирургического лечения, наступало чаще всего на 12 сутки от начала общевоспалительных симптомов. У 12 (75%) детей была II - III стадии воспаления плевры.

Результаты. Первоначальный торакоцентез выполнен у трех детей, при этом достаточная эффективность была в лишь одном случае (I стадия). В 30% случаев первичное дренирование приводило к исчезновению отделяемого на 6 сутки. Первичная торакоскопическая санация (ТС) плевральной полости проведена 7 (44%) детям. Трехэтапное лечение (торакоцентез или без него - дренирование - торакоскопия) выполнено у 4 (25%) пациентов. Двукратная ТС была в двух случаях. В среднем, время выполнения ТС вмешательства составило 172 минуты, во всех случаях количество устанавливаемых дренажей – 2.

Удаление трубок после ТС производилось после а) первичной торакоскопии на 5 сутки; б) торакоцентеза (или без) - дренирования - ТС на 5 сутки; в) этапных торакоскопий на 6 сутки. При сравнении данных показателей между собой (контрольная группа – первичная ТС) статистически значимых различий не выявлено (а/б: $t=0,53$; $p=0,05$) и (а/в: $t=1,98$; $p=0,05$).

Среднее время нахождения в стационаре – 20 дней, при этом полное клиническое, лабораторное, ультразвуковое, рентгенологическое выздоровление наступило только у одного пациента. Остальные дети были переведены для дальнейшего лечения в педиатрические стационары либо на амбулаторный этап.

Выводы

1. Торакоцентез на современном этапе не является методом выбора, из-за невысокой эффективности и необходимости седирования пациента, особенно при этапных пункциях.

2. ТС – достаточно эффективный метод лечения ЛПФДП, особенно на II-III стадиях.

3. Длительность стояния дренажа после ТС практически не зависит от предшествующего хирургического вмешательства.

Список литературы

1. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей. – Москва: Медицина, 1988. – 286 с.

2. Ried M., Graml J., Grober C., Hofmann H.S., Sziklavari Z. Para- and Postpneumonic Pleural Empyema: Current Treatment Strategies in Children and Adults. Zentralblatt für Chirurgie. 2015, 140(1): 22-28.

3. Hafen G. M. Et al. Lack of concordance in parapneumonic effusion management in children in central Europe //Pediatric pulmonology. – 2016. – Т. 51. – №. 4. – С. 411-417.

4. Carter E., Waldhausen J., Zhang W., et al. Management of children with empyema: pleural drainage is not always necessary. Pediatr Pulmonol. 2010;45: 475-80.

5. Kumar, A., Sethi, G. R., Mantan, M., Aggarwal, S. K., & Garg, A. (2013). Empyema thoracis in children: A short term outcome study. *Indian Pediatrics*, 50(9), 879–882. Doi:10.1007/s13312-013-0232-8
6. Ферзаули Ш. А. И др. Острые гнойные деструктивные пневмонии у детей и методы их ЛЕЧЕНИЯ // Наука и молодежь. – 2017. – С. 45-47.
7. Shoseyov D. Et al. Short-term course and outcome of treatments of pleural empyema in pediatric patients: repeated ultrasound-guided needle thoracocentesis vs chest tube drainage // *Chest*. – 2002. – Т. 121. – №. 3. – С. 836-840.
8. Griffith D., Boal M., Rogers T. Evolution of practice in the management of parapneumonic effusion and empyema in children // *Journal of pediatric surgery*. – 2018. – Т. 53. – №. 4. – С. 644-646.
9. Разумовский А. Ю., Аллаберганов К. А., Алхасов М. Б. Торакоскопические операции при осложненных формах ГВЗЛ у детей // *Анналы хирургии*. – 2006. – No 6. – С. 43–45.
10. Potaris K. Et al. Video-thoracoscopic and open surgical management of thoracic empyema // *Surgical infections*. – 2007. – Т. 8. – №. 5. – С. 511-518.
11. Слесарев В. В. Определение алгоритма местных санационных мероприятий у детей с эмпиемой плевры // *Международный научно-исследовательский журнал*. – 2018. – №. 9-1 (75).