

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

## **ГИПОБАРИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ БЛОКАЦИЕЙ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ**

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

**Актуальность:** Бронхолегочные инфекционные заболевания, включая эмпиему плевры, не имеют тенденции к снижению. Стандартные открытые оперативные вмешательства при эмпиеме плевры высокотравматичны и имеют высокую частоту послеоперационных осложнений. Предварительное закрытие свищнесущего бронха позволяет улучшить результаты хирургического лечения при применении малоинвазивных способов ведения пациентов.

**Цель:** Оценить возможности применения регулируемой вакуумной аспирации в сочетании с установкой обратного эндобронхиального резинового клапана ООО «Медланг» при ограниченной эмпиеме плевры с бронхо-плевро-кожным свищом.

**Материалы и методы:** Изучены результаты лечения у 2-х пациентов мужского пола, 52 и 59 лет, с ограниченной эмпиемой плевры осложненной центральной бронхоплевральной фистулой (диаметр 8 мм и 9 мм), которым осуществлялась регулируемая вакуумная аспирация в сочетании с установкой обратного эндобронхиального резинового клапана ООО «Медланг».

Для осуществления клапанной бронхоблокации свищнесущего бронха выполнялась фибробронхоскопия. Определение свищнесущего бронха проводилось путем использования смеси 3% раствора перекиси водорода, бриллиантовой зелени и 0,25% раствора амикацина в соотношении 10:1:0,5. Смесь вводилась в полость эмпиемы. Под визуальным контролем устанавливался эндобронхиальный клапан превышающий диаметр свищнесущего бронха на 2 мм (10 мм в первом случае и 12 мм во втором). Формировалась миниторакостома в проекции эмпиемы путем резекции 2 ребер на протяжении до 4-5 см. Под визуальным контролем выполнялась частичная декортикация и плеврэктомия. Впоследствии полость эмпиемы заполняют стерильными салфетками на 2/3 её объема. Салфетки пропитывались смесью раствора Йодискин (Инкраслав) с антибиотиком (0,25% раствор амикацина) в соотношении 10:1, а также в полость эмпиемы устанавливали перфорированную не спадающую дренажную трубку 30 Fr, выведенную через отдельный разрез.

Герметизация раны проводилась адгезивным плёночным покрытием, с последующим применением управляемой вакуумной аспирации. Через 60 мин. после перевязки создавалось отрицательное давление 5 см вод. ст. в течение 120 минут, далее его увеличивали до 10 см вод. ст. на сутки и поднимали до 15 см вод. ст. на 5 дней.

**Результаты и обсуждение:** Предложенная методика применена у первого пациента трижды, количество отделяемого не превышало 150 мл в сутки. У второго пациента, учитывая аспирацию более 150 мл экссудата в течение 24 часов, в первые 10 дней повторную процедуру выполняли каждые 3 дня и далее с интервалом в 5 дней еще 10 дней. Коррекция установленного клапана для достижения пневмостаза проводилась у первого пациента дважды, с заменой клапана 10 мм на клапан 12 мм, а у второго пациента трижды с сохранением клапана того же диаметра за время стояния бронхоблокатора.

У второго пациента на шестые сутки через торакастому поставлен перфорированный микроирригатор для фракционного введения антибиотиков. Эффекта от данной процедуры не было и последний удален через трое суток. Длительность нахождения в стационаре составила двадцать два дня у первого пациента и двадцать девять у второго. Пациенты выписаны с рекомендациями выполнять перевязки в амбулаторных условиях. Полное заживление у первого пациента достигнуто на 26 сутки (осмотрен на амбулаторном этапе). Блокатор удален через 14 дней после заживления раны при повторной госпитализации.

Рубцевание области торакастомы у второго пациента отмечено через 16 дней после выписки. Блокатор удален на двадцать третьи сутки с момента выписки.

Дополнительных вмешательств не потребовалось ни у одного пациента. Средний срок госпитализации составил 25,5 дней, что почти в 2 раза меньше, чем в группе без применения клапанной бронхоблокации.

**Выводы:** Успешное предварительное закрытие бронхоплеврального свища делает более надежным и менее травматичным хирургическое лечение. Малая травматичность вмешательства, ранняя активизация, местное ведение гнойного очага с постоянной аспирацией содержимого приводит к сокращению продолжительности лечения, снижению затрат на ежедневные перевязки (до 2-3 раз в сутки), более раннему переводу на амбулаторное лечение.

Регулируемая вакуумная аспирация в сочетании с установкой обратного эндобронхиального резинового клапана ООО «Медланг» (заявка на изобретение № а 20180257 от 14.06.2018.) обеспечивает максимальное воздействие антибактериального состава после смены вакуумной повязки

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

и последующего достижения максимального отрицательного давления в  
полости эмпиемы перед удалением вакуумной повязки.