

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «УПРАВЛЯЕМОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИИ» ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Вакулич Д.С., Карпицкий А.С., Шестюк А.М., Панько С.В., Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И., Игнатюк А.Н., Петровицкая Н.А.
*УЗ «Брестская областная клиническая больница»,
г. Брест, Республика Беларусь*

Актуальность: Частота пневмоний и их осложнений остается стабильно высокой, несмотря на применение новых антибиотиков, внедрение новых методов диагностики и лечения. Единого мнения о тактике лечения пациентов с острой эмпиемой плевры и пиопневмотораксом и о сроках их лечения до сих пор нет.

Цель: оценка малоинвазивного хирургического лечения пациентов с гнойно-фибринозной или фибринозной стадиями эмпиемы плевры на фоне гнойно-деструктивных заболеваний легких.

Материалы и методы: С 2015 года по настоящее время в торакальном отделении Брестской областной клинической больницы пролечено 87 пациентов с эмпиемой плевры в сочетании с ограниченной деструкцией легкого. По гендерному признаку: 22 (25,3%) женщины и 65 (74,7%) мужчин.

Результаты и обсуждение: У 10 (11,4%) пациентов со второй (фибринозной) стадией эмпиемы по Light при отсутствии осумкований получен эффект от дренирования плевральной полости под УЗ-контролем.

Видеоторакоскопические вмешательства выполнялись при наличии многокамерных осумкований с признаками развития фибринозной стадии эмпиемы плевры и при отсутствии эффекта от дренирования в течении 5-7 дней. Видеоторакоскопия выполнена у 50 человек (57,4%). У 23 (46%) из них методика использована как первичная операция по поводу многокамерной эмпиемы плевры.

Санация плевральной полости, ликвидация осумкований с интраплевральным расправлением легкого выполнялась под видеоторакоскопическим контролем с положительным эффектом у 37 (74%) человек. Повторные вмешательства потребовались у 7 (14%) пациентов. Средний срок госпитализации составил 22,3 дня. Летальных исходов не было.

Третья стадия развития эмпиемы плевры и (или) наличие бронхоплеврального свища потребовали выполнения видеоассистированных операций у 23 (26,4%) человек. 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, декортикация легкого и санация очага эмпиемы. Герметичное закрытие гемиторакса с дренированием 2-мя дренажами достигнуто у 11 (47,8%) пациентов. В послеоперационном периоде выполнялись фракционные вливания смеси антибиотиков с

димексидом до двух раз в сутки, ведение пациентов на управляемом вакууме с разрежением 15-20 см вод. ст. Повторные видеоассистированные вмешательства проводились у 3-х (16%) пациентов без расширения объема операции. Средняя продолжительность госпитализации составила 24,9 дня. Летальных исходов не зафиксировано.

Бронхоплевральная фистула у 8 (9,1%) пациентов, которая не позволяла ликвидировать полость эмпиемы, потребовала в последующем резекции одного - трёх (в основном двух) ребер над полостью эмпиемы с формированием торакастомы. У данных пациентов после максимально возможной декорткации 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 мкм, пропитанной раствором Йодискина, с армированной перфорированной не спадающей дренажной трубкой диаметром 30 Fr. Конец дренажа у трех пациентов (37,5%) выводился через место стояния торакопорта, а у пяти (62,5%) - через торакастому. Рана герметизировалась адгезивным покрытием. Дренаж подключался на постоянный вакуум с разрежением 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-е сутки достигнуто очищение полости эмпиемы на фоне снижения температуры тела, лейкоцитоза, СОЭ и уровня СРБ. На курс лечения потребовалось от 4 до 7 замен полиуретановых губок. Вакуумная терапия занимала от 18 до 34-х дней. Далее рана велась открыто с применением марлевых салфеток с растворами димексида, хлоргексидина и йодискина с антибиотиками. За 21 день у двух (25%) пациентов достигнута облитерация полости эмпиемы с наложением вторичных швов на 28-ые и 31-ые сутки. У двух (25%) удалось добиться облитерации полости эмпиемы в более поздние сроки, после выписки на амбулаторное лечение. У четырех (50%) на фоне уменьшения полости эмпиемы в два раза выполнена торакомиопластика лоскутом широчайшей мышцы спины и местными тканями через 3-4 месяца с момента операции. Средний срок госпитализации составил 58,9 дней.

Выводы: Использование вакуумных конструкций в малоинвазивном лечении может успешно применяться в любых 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.