

**Ермашкевич С.Н.¹, Петухов В.И.¹, Кунцевич М.В.¹, Корнилов А.В.¹,
Кондерский Н.М.², Подолинский Ю.С.², Иванов А.В.¹, Карташова Е.С.²**

МЕТОД ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАН В ХИРУРГИИ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ

¹*Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет»,*

²*Учреждение здравоохранения «Витебская областная клиническая
больница»*

Актуальность. Консервативная терапия позволяет купировать воспалительно-деструктивный процесс у большинства пациентов с острыми абсцессами легких, и только 10-15% из них нуждаются в операции. Современные методы хирургического лечения абсцессов легких направлены на удаление гнойного содержимого из полостей преимущественно малоинвазивными способами: трансбронхиальным эндоскопическим или трансторакальным дренированием. Совершенствование трансторакального дренирования абсцессов легкого связано с разработкой методов вакуум-ассистированной миниторакотоабсцессостомии.

Материал и методы. Представлены результаты хирургического лечения 16 пациентов с острыми абсцессами легких: 12 мужчин и 3 женщин, в возрасте от 34 лет до 71 года (Me [LQ; UQ]– 56 [44; 65] лет), находившихся в торакальном гнойном хирургическом отделении УЗ «ВОКБ» с января 2018 г. по май 2021 г. Длительность заболевания при поступлении в отделение составляла от 2 до 8 (3 [3; 4]) недель. В 9 случаях были гангренозные абсцессы, в 6 – абсцессы больших размеров (более 5 см в диаметре), заблокированные или с недостаточным бронхиальным дренажем. Абсцессы имели периферическое расположение и локализовались в правом легком в 12 наблюдениях (верхняя доля – 3, средняя – 6, нижняя – 3), в левом – в 3 (верхняя доля – 2, нижняя – 1). Заболевание было осложнено эмпиемой плевры у 5 пациентов (I стадия по классификации Американского торакального общества (1962) – у 2, II – у 1, III – у 2), синдромом системного воспалительного ответа – у 6, сепсисом – у 2. 2 пациента имели в анамнезе операции по поводу острой инфекционной деструкции легких. Все пациенты получали комплексное консервативное лечение. В 3 случаях было выполнено дренирование плевральной полости по поводу эмпиемы плевры.

Для лечения пациентов был использован разработанный нами метод программированных миниреторакотомий с использованием вакуум-ассистированной терапии ран (Vacuum-Assisted Closure – VAC) – VAC-миниреторакотомия (патент Евразийского патентного ведомства №038181, опубликован 20.07.2021 г.). Под эндотрахеальным наркозом над ребром, расположенным над гнойным очагом, на протяжении 5-6 см рассекали кожу и подкожную клетчатку, тупо разделяли мышцы. Выполняли резекцию участка

ребра длиной 4-5 см. Ложе ребра рассекали и иссекали прилежащую наружную стенку гнойно-некротической полости. В 2 наблюдениях при наличии прилежащей к очагу поражения осумкованной эмпиемы плевры ее санировали через тот же доступ. Отсутствие сращений легкого с париетальной плеврой в 3 случаях не влияло на ход операции. После удаления гноя и секвестров проводили некрэктомию и ультразвуковую кавитацию полости. Затем полость абсцесса промывали растворами антисептиков. В остаточную полость укладывали соответствующих размеров и формы пенополиуретановую губку (WaterLily PU Foam Dressing, Eurostes s.r.l., Italy). Дренажную трубку диаметром 5-10 мм с 2-3 боковыми отверстиями на конце проводили внутрь губки, фиксировали к ней швом и выводили через отдельный прокол грудной стенки, фиксировали дренаж к коже. Кожу и подкожную клетчатку доступа герметично сшивали одиночными узловыми швами и закрывали асептической повязкой. Дренажную трубку подключали к вакуумному насосу (отсасыватель медицинский В-40А, НП ООО «ВИСМА-ПЛАНАР», Республика Беларусь). В системе создавали постоянное разрежение в диапазоне от -10 до -15 кПа. При такой методике не требовалось использования дренажной трубки с коннектором и адгезивной герметизирующей пленки. Смену вакуумной повязки и последующие этапные санации гнойного очага проводили под общей анестезией после снятия швов с кожи (при миниреторакотомии). Объем губки уменьшали соответственно изменившимся размерам остаточной полости. После полного очищения полости абсцесса при очередной санации в нее оставляли только дренажную трубку, а рану ушивали послойно. Проводили активную аспирацию по дренажу до полной ликвидации полости и прекращения сброса воздуха. У 13 пациентов для временного и окончательного закрытия раны с целью улучшения эстетических результатов операции использовали непрерывный внутрикожный шов (рационализаторское предложение УО «ВГМУ» №8 от 20.03.2019 г.).

Результаты. Смену вакуумных повязок проводили через 2-8 (4 [3; 5]) суток. При исходном отсутствии сращений легкого с грудной стенкой при смене повязки отмечали прочное отграничение зоны вмешательства от плевральной полости. Число смен повязок варьировало от 0 до 6 (1 [1; 3]). Общая длительность VAC-терапии была от 5 до 33 (8 [6; 16]) дней. Число вмешательств, с учетом первой операции, смен повязки и завершающей санации составляло от 2 до 8 (3 [2; 4]). В 3 случаях плевральную полость дополнительно дренировали: в 1 – по поводу экссудативного плеврита, в 2 – по поводу пневмоторакса. Еще в 1 наблюдении по поводу пневмоторакса была выполнена видеоторакоскопия и дренирование плевральной полости. Все случаи пневмоторакса были связаны с нарушением обращения пациентов с дренажами. В 1 случае в связи с нагноением раны и массивным сбросом воздуха был осуществлен переход на открытое ведение торакоабсцессостомы с использованием мазевых тампонов. Все осложнения были успешно устранены. В 11 случаях было достигнуто полное выздоровление с исходом

полости распада легкого в линейный фиброз, еще в 2 – остаточную сухую щелевидную полость. Дренажи удаляли на 14-47 (22 [20; 25]) сутки от момента первой операции. Умерло 2 пациента: 1-й – от продолженного сепсиса, 2-й – от прогрессирования двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии, вызванной COVID-19, с тяжелой дыхательной недостаточностью. В обоих случаях гнойно-деструктивные очаги в легких были полностью ликвидированы. Длительность стационарного лечения после первого saniрующего вмешательства составляла от 15 до 84 (26 [23; 36]) дней. Летальность составила 13%.

Выводы. Разработанный метод VAC-миниреторакотомии позволяет эффективно оказывать помощь пациентам с периферически расположенными абсцессами легких, требующими хирургического лечения.