

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМОЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ

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

Актуальность: Бронхоплевральные осложнения – одна из основных проблем развития торакальной хирургии. Частота выявления эмпиемы плевры после анатомических резекций достигает 40%, а летальность до 6%, при этом бронхоплевральные свищи выявляются в 30% случаев. По данным различных авторов эмпиема плевры после пневмонэктомии развивается в 1–3% случаев.

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с эмпиемой остаточной полости после пневмонэктомии на базе отделения торакальной хирургии Брестской областной клинической больницы с 2016 по 2023 год.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения эмпиемы остаточной полости у 25 пациентов, перенесших в анамнезе пневмонэктомию. Эмпиемы, развившиеся в первые 30 дней после операции, расценены как острые в 10 (41,7%) случаях. Хроническая эмпиема диагностирована у 15 (58,3%) пациентов, клинически проявившаяся после 30 суток. Микронесостоятельность культи главного бронха явилась причиной последней у 5 (35,7%).

Все пациенты с хронической эмпиемой были мужчинами. Средний возраст составил 57 лет (29-63 года). Правосторонне поражение преобладало у 14 (93,3%), слева – у 1 (6,7%) пациента.

Результаты. Длительность заболевания до госпитализации составила 38 суток (13-649). Средняя длительность предоперационного периода — 6±5.

При поступлении пациента с хронической эмпиемой остаточной полости в тяжелом состоянии выполнялось дренирование последней — в 2 (13,3%) случаях. У 11 (73,3%) пациентов на момент перевода дренирование уже было выполнено.

Предпочтение отдавалось плановой торакоскопической санации полости эмпиемы с определением тактики по данным оперативной находки и обязательным посевом содержимого на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Видеоторакоскопия, как первичное вмешательство, выполнено у 2 (13,3%) пациентов. При адекватной санации остаточной полости эмпиемы и отсутствии признаков прогрессирования на фоне стояния дренажа удалось ограничиться данным объемом в 2 (13,3%) случаях.

Наличие грубого гнойно-фибринозного процесса служило показанием к наложению классической или миниторакостомы с «открытым» ведением остаточной полости или использованием ВАК-терапии. Наложение торакастомы под видеоконтролем с последующим использованием ВАК-терапии нашло применение у 8 (53,2%) пациентов. Потребовалось от трех до семи замен ВАК-конструкций. У 4 (26,6) пациентов после наложения торакастомы ВАК терапия не применялась.

Однако наложение широкой торакастомы на фоне гнойной интоксикации является тяжелой и калечащей операцией, в то время как наложенная миниторакостома сохраняет каркасность грудной клетки без уменьшения остаточной полости. Поэтому было предложено выполнение этапной торакопластики с использованием ВАК-терапии. Первым этапом под видео контролем, в проекции остаточной полости, формировалась миниторакостома путем резекции 3-5 ребер на протяжении до 10 см, сочетаясь с частичной декортикацией и плеврэктомией. В качестве ВАК-конструкций использованы стерильные гидрофильные полиуретановые губки, которые при очищении полости заменялись стерильными марлевыми салфетками, пропитанными смесью раствора Йодискина (Инкраслав) с раствором амикацина в соотношении 10:1, с проведением перфорированной неспадающей дренажной трубкой 30 Fr, выведенной через миниторакостому. Рана герметизировалась адгезивным плёночным покрытием с последующим применением управляемой вакуумной аспирации.

Через 2-3 недели, на фоне очищения остаточной полости и стабилизации общего состояния под видеоконтролем выполнялась резекция задних отрезков ребер. Разрез кожи до 8-10 см выполнялся параллельно медиальному краю лопатки паравертебрально. После частичного рассечения трапецевидной и широчайшей мышц и отведения лопатки вводилась оптика на уровне угла лопатки. Под видеоконтролем поднадкостнично субплеврально резецировались задние отрезки удаленных до этого ребер. Через место торакопорта выполнялось дренирование полости резецированных ребер.

После купирования воспаления в остаточной полости пациенты выписывались для дальнейших амбулаторных перевязок. Через 3-4 месяца на фоне очищения и значительного уменьшения размеров остаточной полости и активных грануляций выполнялась пластика мышц или кожно-мышечным лоскутом. Методика этапной торакопластики с применением ВАК-терапии использована у 3-х (20%) пациентов.

Длительность функционирующей торакастомы составила 92 ± 73 суток. Торакомиопластика дефекта грудной стенки мышечным лоскутом или местными тканями выполнена у 7 (46,7%) пациентов. Не явились на плановую госпитализацию и продолжают жить с функционирующей торакастомой 2 (13,3%) пациента, а еще 2 (13,3%) ожидают закрытия торакастомы. В 3 (20%) случаях имел место летальный исход, при этом 1 (6,7%) умер в стационаре на фоне деструкции единственного легкого, а 2 (13,3%) – в стационарах районных больниц на фоне прогрессирования онкологической патологии.

Средняя длительность стационарного лечения пациентов составила 42 ± 29 дня (8-97 дней).

Выводы: Использование этапной торакопластики с резекцией задних отрезков ребер под видеоконтролем позволяет уменьшить травматичность оперативного вмешательства в сравнении с классической методикой, а. наложенная миниторакостома является достаточной для адекватной санации остаточной полости и облегчает выполнение торакомиопластики. Применение ВАК-терапии с постоянной аспирацией содержимого приводит к сокращению пребывания пациента в стационаре, снижению затрат на перевязки, и более раннему переводу на амбулаторное лечение.