

ТОРАКОСКОПИЯ, КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Игнатович А.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно,
РБ*

THORACOSCOPY AS A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF PLEURAL EMPYEMA IN CHILDREN

Kovalchuk V.I., Ignatovich A.A.

Grodno State Medical University, Grodno, RB

Введение. По современным представлениям внебольничная пневмония довольно часто сопровождается легочной деструкцией у детей и по данным ВОЗ занимает лидирующее место среди инфекционных причин смерти детей во всем мире и составляет более 15% в структуре летальности до 5 лет. Патогенез этого заболевания до настоящего времени точно не установлен, остаются неизвестными факторы, предрасполагающие к легочно-деструктивным осложнениям при пневмониях у детей.

В последние годы отмечается рост заболеваемости внебольничной пневмонии у детей, а также относительно высоким остается частота развития легочно-плевральных и внутрилегочных осложнений. Среди общего количества внебольничных пневмоний деструктивные формы диагностируются до 15% случаев. В свою очередь, доля легочно-плевральных форм острой деструктивной пневмонии составляет от 26,5% до 92,0% случаев.

О целесообразности использования торакоскопии при эмпиеме плевры впервые высказался на XVI Всероссийском съезде хирургов Г.А. Герцен (1925). В.Г. Гельдт (1973), используя торакоскопию у детей при пиопневмотораксе, отметил ее решающее значение в диагностике внутриплевральных поражений и выборе метода лечения.

Цель. Изучить использование торакоскопии, как хирургического метода лечения осложненных форм внебольничной пневмонии у детей, которые находились на лечении в детском хирургическом стационаре.

Материалы и методы. В Гродненской областной детской больнице за период от 2015 по 2023 гг, в хирургическом отделении находилось на лечении 145 пациентов с различными формами внебольничной пневмонии, из которых 46 детей имели осложненное течение.

Результаты и обсуждение. Наибольший процент заболевших детей отмечался в возрастной группе 1-3 года. Дети с различными формами внебольничной пневмонии имели схожую клиническую симптоматику. Осложненные формы внебольничной пневмонии проявлялись повышением температуры тела до фебрильных значений(>38°C) у 40 детей (86,95%), влажным кашлем - 29 (53,04%), вялостью, снижением аппетита- 26 (56,52%), одышкой - 26 (56,52%), сухим кашлем-11 (23,91%), болью в

области грудной клетки-11 (23,91%). Дыхательная недостаточность (ДН) наблюдалась у 27 ребенка. Из которых ДН 1 степени – у 15 детей (33%), ДН 2 степени - у 10 (22%), ДН 3 степени у 2 (4%).

Среди 46 пациентов с осложненным течением внебольничной пневмонии, внутрилегочная деструкция (по результатам КТ, рентгенографии, плевральной пункции) наблюдалась у 11 пациентов (23,9%), деструкция с легочно-плевральными осложнениями у 12 пациентов (26,09%). У остальных 23 пациентов – наблюдалось осложненное течение внебольничной пневмонии (плеврит) без деструкции легочной ткани. Характер легочно-плевральных осложнений без элементов деструкции: фибринозно-гнойный плеврит – 11 (48%), гнойный плеврит - 8 (35%), фибринозный – 4 (17%).

Хирургическая тактика у пациентов с осложненным течением внебольничной пневмонии определялась данными ультразвукового исследования, рентгенологического исследования и компьютерной томографии и включала в себя пункцию и дренирование плевральной полости/ полости абсцесса, торакоскопические методы санации плевральной полости (торакоскопический пневмолиз, вскрытие и санация полостей, абсцессов, удалением фибрина и последующим дренированием плевральной полости).

Общепринятый пункционный метод лечения плевритов и дренирование плевральной полости у детей эффективен лишь в начале заболевания. В фибринозно-гнойной стадии плеврита с большой давностью заболевания пункция и дренирование плевральной полости в большинстве случаев не дают выраженного положительного эффекта. При наличии отрицательной динамики, отсутствии эффекта от консервативного лечения, усугублении проявлений дыхательной недостаточности показаны санация плевральной полости.

Показанием для торакоскопического пневмолиза является гнойно-фибринозная стадия на фоне отсутствия эффекта от дренирования (примерно 7-10-е сутки от начала заболевания). На этой стадии только начинает формироваться рыхло-плотный фибрин, и торакоскопическое удаление фибрина, разрушение шварт и полостей приводит к лучшему клиническому эффекту.

Методы хирургического лечения были применены у 41 пациента, которые включали в себя:

1. Плевральная пункция и дренирование с активной аспирацией – у 25 детей (3-дренирование полости абсцесса)
2. Торакоскопический пневмолиз с санацией и дренированием плевральной полости – у 15 детей. У 1 ребенка была выполнена торакоскопическая декорткация легкого.

Торакоскопическая санация плевральной полости позволяет оценить характер и распространенность гнойно-деструктивного процесса в легких и плевре, разделить фибринозные сращения, удалить фибринозный налет с

поверхности легкого, плевры и гнойно-некротические ткани из полостей деструкции в легких при наличии плевро-легочных полостей, а также адекватно дренировать плевральную полость.

У всех оперированных пациентов был получен положительный результат.

Выводы.

1. В составе внебольничной пневмонии детского хирургического стационара осложненные формы выявлены в 15,75% случаев.
2. Наибольший процент заболевших детей встречается в возрастной группе 1-3 года – 45,6%.
3. Хирургическая тактика при осложненных формах внебольничной пневмонии определяется данными УЗИ, КТ и пункции плевральной полости с последующим исследованием экссудата.
4. Торакоскопический пневмолиз позволяет адекватно санировать и дренировать плевральную полость.
5. Данная тактика хирургического лечения пациентов с осложненными формами внебольничной пневмонии способствует раннему купированию гнойно-воспалительного процесса легких и плевры и предупреждению отдаленных осложнений.