

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ



Куптель М.А.², Татур А.А.¹

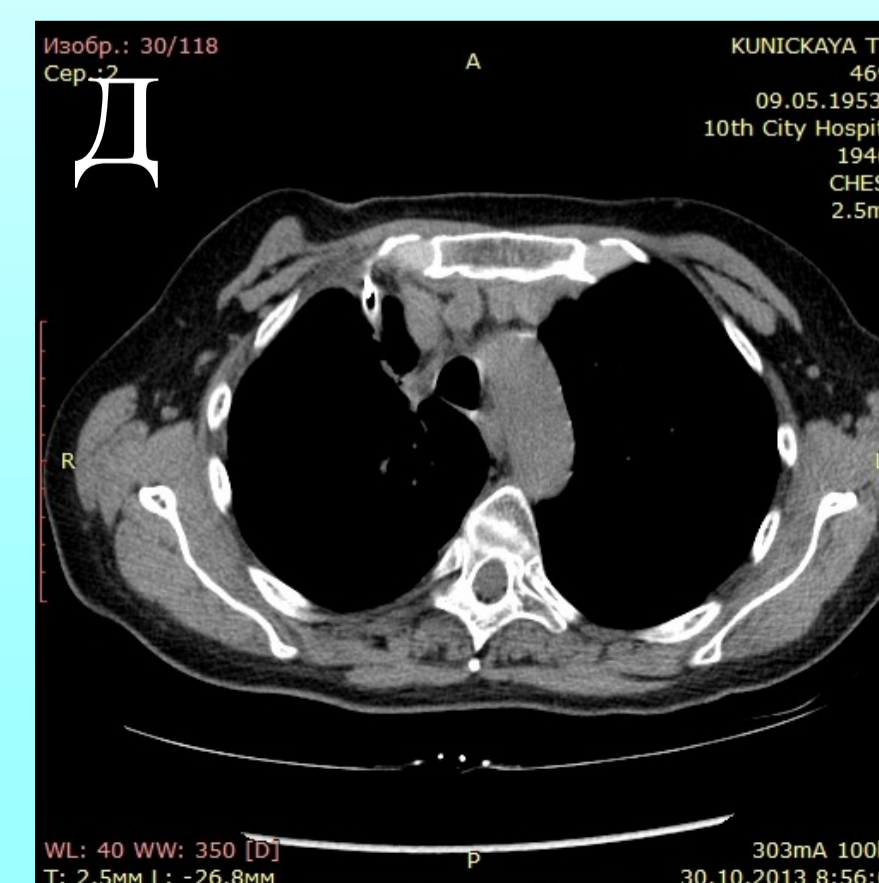
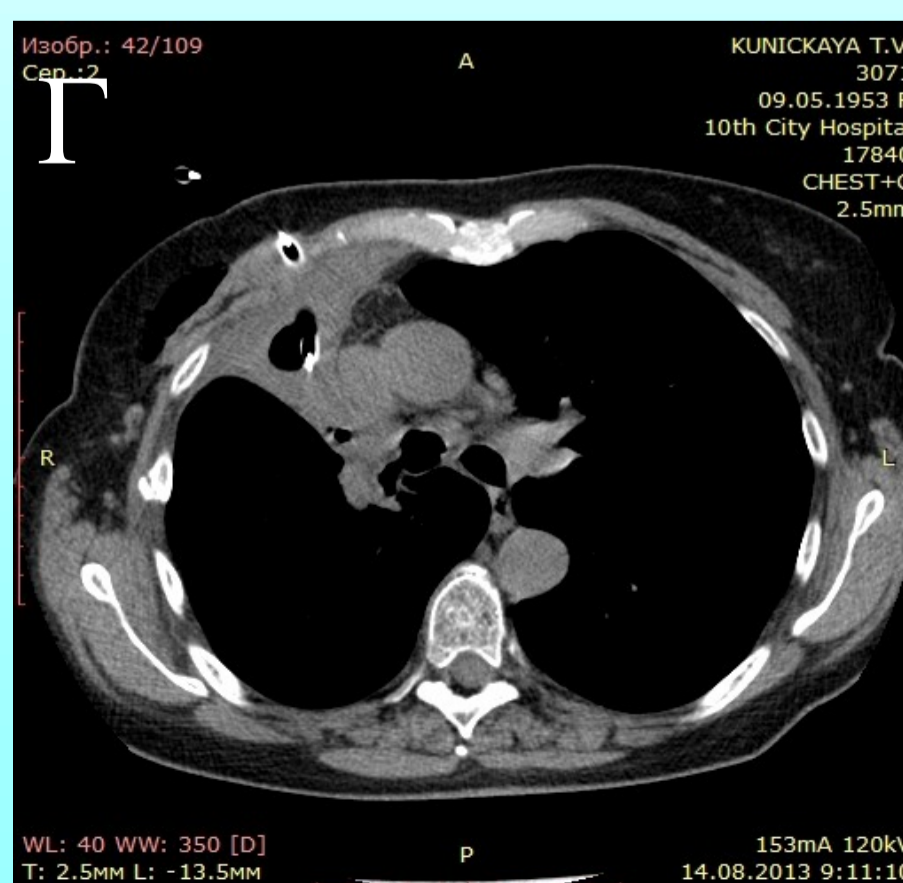
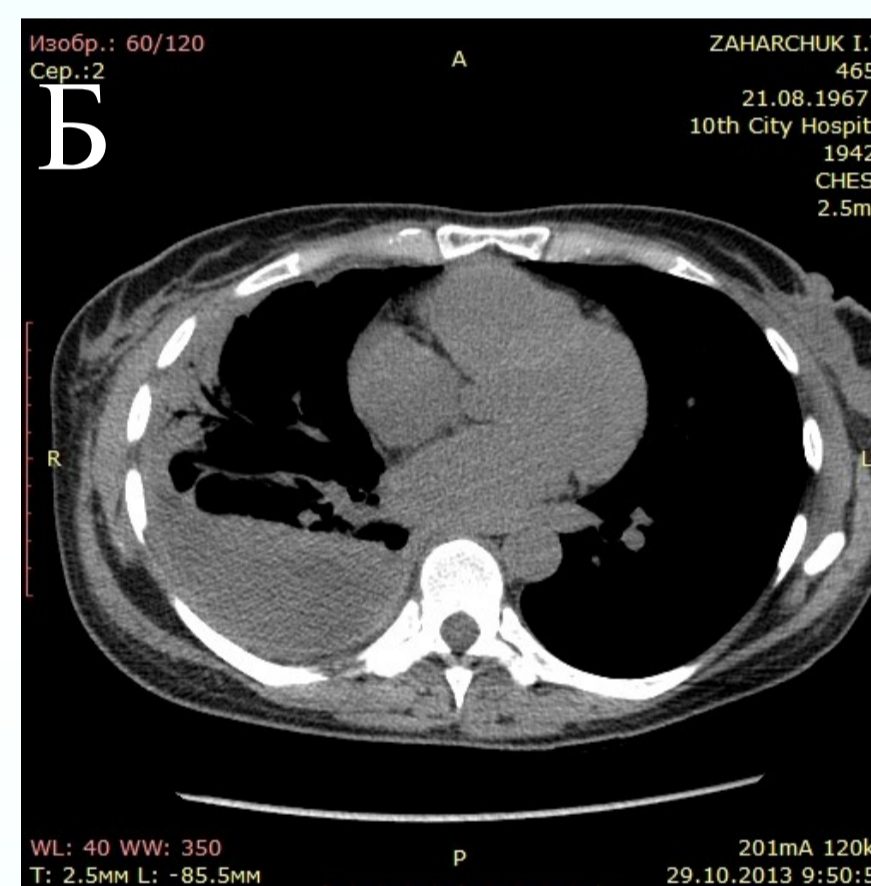
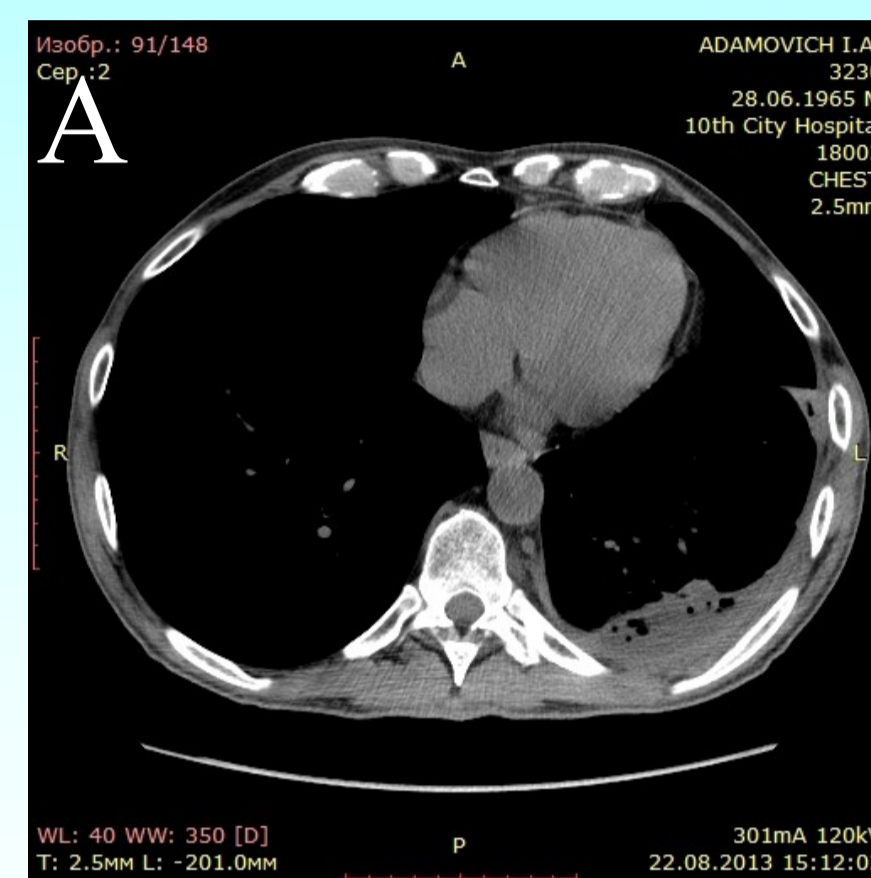
УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска, Республика Беларусь²

Актуальность. Актуальность проблемы оптимизации лечебной тактики у пациентов с острой эмпиемой плевры (ОЭП) обусловлена отсутствием тенденции к уменьшению числа пациентов с этой тяжелой патологией. Наиболее часто ОЭП осложняет течение пневмоний, абсцессов и гангрены легких, открытых и закрытых травм груди, оперативные вмешательства на легких и средостение. Стандартным методом лечения ОЭП является раннее эффективное активное дренирование ее полости с эвакуацией гнойного содержимого, ее санацией растворами антисептиков, применение фибринолитиков с достижением расправления легкого. С учетом тяжести состояния пациента, обусловленного его основным заболеванием и гнойным плевральным процессом, возраста, сопутствующей патологии, риска анестезии, эффективности дренирующего вмешательства дифференцировано применяют трансторакальные и видеоторакоскопические декорткацию легкого и плеврэктомию, причем предпочтение отдается малоинвазивным вмешательствам. Отказ от своевременного оперативного лечения, особенно у пациентов с бронхоплеврокожными свищами приводит к хронизации эмпием.

Цель. Ретроспективный анализ результатов диагностики и комплексно-лечения у 221 пациента с ОЭП.

Материалы и методы. На базе отделения гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска, входящего в состав Республиканского центра торакальной хирургии (РЦТХ) в период с 2013 по 2015 гг. находился на лечении 221 пациент с ОЭП. Ежегодно в структуре нозологий этого отделения пациенты с ОЭП составляют 25-30%. Диагностическая программа ОЭП включала рентгенографию и рентгеноскопию ОГК с фистулографией (100%), компьютерную томографию ОГК (55.3%), бактериологическое и общеклиническое обследование (100%), динамическое ультразвуковое исследование плевральных полостей (93.3%). Результаты лечения оценивали клинко-рентгенологически с учетом стабилизации общего состояния пациентов, сроков реэспансии легкого, развития осложнений и частоты хронизации процесса.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов было 176 мужчин (79%) и 45 женщин (21%) в возрасте от 26 до 80 лет. У всех пациентов ОЭП была вторичной, чаще всего пара- и метапневмонической (n=145; 65,6%). ОЭП, как осложнение острой БДЛ диагностирована у 48 пациентов (21.7%), травмы груди и операции на органах грудной клетки в анамнезе отмечены у 17 пациентов (7.7%), перфорация пищевода – у 3 (1.4%), хронический панкреатит с наличием панкреатоцистоплеврального свища – у 1 (0.5%). Тотальный характер поражения был выявлен у 3 пациентов, субтотальный – у 47 (рис. В), наличие множественных, не связанных между собой очагов поражения плевры диагностировано у 15 пациентов, а ограниченный характер у 8 (рис. А). Во всех остальных случаях имело место вовлечение в патологический процесс не более 50% от объема плевральной полости (рис. Б). Бронхиальный свищ при плеврографии диагностирован у 61 пациента (27.6%; мужчины – 54; женщины – 7).



Средняя длительность лечения пациентов с ОЭП составила 43.9±10.3 койко – дня. Хронизация процесса отмечена у 13 пациентов (5.8 %). Лечебная тактика предусматривала определение под УЗИ-контролем (93,3%) в условиях перевязочного кабинета точки для плевральной пункции. У 203 пациентов (91,9%) после выполнения плевральной пункции, под местной анестезией выполняли торакоцентез в месте пункции и дренировали полость эмпиемы (рис. Г). После эвакуации гнойного содержимого и санации полости эмпиемы растворами антисептиков, налаживали активную вакуум-аспирацию, проводили дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. При анализе данных бактериограмм (процент от общего числа посевов с ростом микрофлоры) в микробном пейзаже превалировала *Pseud.aeruginosa* (43-45,2%). Реже высевались *Staph.epidermidis* (4.5-5.2%), *Acinet. Baumannii* (10-17,8%), *Staph. Aureus* (5.6-9.6%), *Kl. Pneumoniae* (4,7-10%), *Enterob. Cloacae* (2,1-4,6%). Пациентам ежедневно 1-2 раза в сутки санировали полость эмпиемы растворами антисептиков, а после достижения абацилярности аспирата, проводили замену дренажей на более тонкие, и стимулировали ее фибрирование растворами димексида, йодоната, повидона йода (рис. Д). Расправление легкого после ДПП было достигнуто у 149 пациентов (67,4%). 54 пациентам понадобилось редренирование полости эмпиемы при повторных госпитализациях. 61 пациент (27,6%) был переведен на амбулаторный этап лечения с "пассивным" дренированием либо по Бюлау (эмпиема с бронхиальным свищом) либо по Редону (эмпиема без бронхиального свища) и последующей госпитализацией для продолжения лечения через 3-4 недели. У 6 пациентов (2,7% от общего числа больных) основным методом лечения выбран пункционный, в связи с малыми размерами полости эмпиемы ее ограниченным характером (рис. А) и отсутствием показаний для дренирования ПП, в результате чего у всей группы удалось добиться полного расправления легкого и облитерации полости эмпиемы. 26 пациентам (11,76%) при субтотально – тотальном или каскадном гнойном процессе было выполнена ВТС – ое вмешательство с плеврэктомией и декорткацией «больного» легкого: 12 – в срочном порядке, 14 – после стабилизации состояния, при стабилизации состояния после дренирования полости плевры и проведения дезинтоксикационной и антибактериальной терапии. Трансторакотомная декорткация легкого и плеврэктомия выполнена у 13 пациентов. У 28 (12.7%) пациентов после активного дренирования и санации ограниченных ОЭП, в качестве альтернативы выполнения торакомиопластики нами проведена биоклеевая герметизация полости эмпиемы (БКГЭП) препаратом «Фибриностаат». Оценка эффективности БКГЭП проводили путем выполнения фистулографии, при которой отмечали отсутствие или сохранение полости и функционирования БПКС. У 21 пациента для эффективной герметизации полости было достаточно однократного введения биоклея, у 7 потребовались его повторное введение, которое было эффективно у 6 больных. У 5 пациентов после выполнения ВТС отмечено инфицирование торакоцентезных ран, у 3 пациентов после трансторакотомных вмешательств – локальное нагноение послеоперационной торакотомной раны. Летальных исходов в данной группе отмечено не было.

Выводы. При выборе лечебной тактики у больных ОЭП необходимо учитывать степень и объем поражения, тяжесть состояния, наличие сопутствующей патологии. Использование видеоторакоскопии в комплексе мероприятий у больных с ОЭП повышает эффективность лечения и сокращает его продолжительность. Антибактериальная терапия создает условия для более раннего купирования воспалительного процесса. Применение БКГЭП возможно у пациентов с ограниченными ОЭП после их дренирования и санации в качестве альтернативы выполнения травматичных торакомиопластических вмешательств.