

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ

Куптель М. А.², Татур А. А.¹, Попов М. Н.²,
Протасевич А. И.¹, Росс А. И.², Пландовский А. В.¹

- 1 УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь
2 УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы оптимизации лечебной тактики у пациентов с острой эмпиемой плевры (ОЭП) обусловлена отсутствием тенденции к уменьшению числа пациентов с этой тяжелой гнойно-септической патологией. Наиболее часто ОЭП осложняет течение пневмоний, абсцессов и гангрены легких, открытых и закрытых травм груди, оперативные вмешательства на легких и средостении. Стандартным методом лечения ОЭП является своевременное активное дренирование ее полости с эвакуацией гнойного содержимого, 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 при неэффективности дренирующего вмешательства дифференцировано применяют трансторакальные и видеоторакоскопические декорткацию легкого и плеврэктомию, причем предпочтение сегодня отдается малоинвазивным вмешательствам. Отказ от своевременного оперативного лечения по объективным и субъективным причинам с продолжением активного или пассивного дренирования, особенно у пациентов с бронхоплеврокожными свищами, приводит к хронизации эмпием.

Цель: ретроспективный анализ результатов диагностики и комплексного лечения 221 пациента с ОЭП.

Материал 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. Диагностическая программа включала рентгенографию и рентгеноскопию ОГК с фистулографией (100%), компьютерную томографию ОГК (55.3%), бактериологическое и общеклиническое обследование (100%), ультразвуковое исследование плевральных полостей (93.3%). Результаты лечения оценивались клинико-рентгенологически с учетом стабилизации общего состояния, сроков реэкспансии легкого, развития осложнений и частоты хронизации ОЭП.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов преобладали мужчины (n=176; 79%). Женщин было 45 (21%). Возраст пациентов варьировал от 26 до 80 лет. У всех пациентов ОЭП была вторичной, чаще всего - пара- и метапневмонической (n=145; 65,6%). ОЭП, как осложнение острой бактериальной деструкции легких, диагностирована у 48 пациентов (21.7%). Травмы груди и операции на органах грудной клетки отмечены у 17 (7.7%), перфорация пищевода – у 3 (1.4%), хронический панкреатит с наличием панкреатоцистоплеврального свища – у 1 пациента (0.5%). При анализе распространенности поражения плевральной полости тотальный характер поражения был выявлен у 3 пациентов, субтотальный у 47. Наличие множественных, не связанных между собой очагов поражения плевры диагностировано у 15 пациентов. Во всех остальных случаях имело место ограниченное вовлечение в патологический процесс не более 50% от объема плевральной полости. Бронхиальный свищ, т.е. ОЭП со свищом, диагностирован нами у 61 пациента (27.6%).

Лечебная тактика была персонафицированной и предусматривала определение под УЗИ-контролем в условиях перевязочного кабинета точки для плевральной пункции. После ее выполнения и забора гнойного аспирата для бактериологического исследования под местной анестезией выполняли торакоцентез в месте пункции и дренировали полость эмпиемы. После эвакуации гнойного содержимого и промывания полости эмпиемы растворами антисептиков налаживали активную вакуум-аспирацию. С учетом тяжести состояния пациентов и характера основного заболевания проводили

дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, вначале эмпирическую, а после получения результатов бактериологического исследования (4-5 сутки) – этиотропную. При анализе данных бактериограмм была выявлена следующая структура (процент от общего числа посевов с ростом микрофлоры): *Pseud.aeruginosa* (43-45,2%), *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 санировали полость эмпиемы растворами антисептиков, а после достижения абацилярности аспирата проводили замену дренажей на более тонкие и стимулировали ее фиброзирование растворами димексида, йодоната, повидона йода. Расправление легкого после ДПП было достигнуто у 167 пациентов (75.6%). 54 пациентам понадобилось редренирование полости эмпиемы при повторных госпитализациях. 27,6% пациентов были переведены на амбулаторный этап лечения с "пассивным" дренированием и последующей госпитализацией для продолжения лечения через 3-4 недели. У 6 пациентов (2,7%) был эффективен пункционный метод лечения при ОЭП объемом полости (10-30 мл). 26 пациентам (11,8%) при субтотально-тотальном или «каскадном» гнойном процессе выполнено ВТС вмешательство с плеврэктомией и декортикацией легкого. 12 пациентам, которые не требовали предоперационной подготовки, ВТС-вмешательство выполнено в срочном порядке без предшествующего дренирования полости плевры. У 35 пациентов после активного дренирования и санации ограниченных ОЭП при применении в течение 7-10 дней склерозирующей терапии не отмечено тенденции к ее облитерации, в связи с чем с целью профилактики хронизации процесса и в качестве альтернативы выполнения торакомиопластики нами проведена биоклеевая герметизация полости эмпиемы (БКГЭП) препаратом «Фибриностаат». Трансторакотомное вмешательство при ОЭП в объеме декортикации легкого и плеврэктомии выполнено 13 пациентам. Трансформация ОЭП в хроническую отмечена у 15 пациентов (6,8%).

Выводы:

1. При выборе индивидуальной лечебной тактики у пациентов с ОЭП необходимо учитывать степень и объем поражения, тяжесть состояния, наличие сопутствующей патологии.

2. Бактериологический мониторинг ОЭП и персонафицированная этиотропная антибактериальная терапия позволяют повысить эффективность, уменьшить длительность и стоимость лечения.

3. В условиях специализированных Центров торакальной хирургии необходимо расширять показания к срочной и плановой лечебной видеоторакоскопии, которая в комплексе с консервативной терапией позволяет получить оптимальные результаты.

ГНОЙНЫЙ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Петухов В. И.¹, Кондерский Н. М.², Ермашкевич С. Н.¹,
Янковский А. И.², Кунцевич М. В.¹, Карташова Е. С.³

1 УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

2 УЗ «Витебская областная клиническая больница»,
г. Витебск, Республика Беларусь

3 УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»,
г. Новополоцк, Республика Беларусь

Введение. В общей кардиохирургии гнойный стерномедиастинит встречается с частотой <2% случаев, в то же время летальность при нем достигает 30%. Из всех кардиоторакальных процедур ортотопическая трансплантация сердца сопровождается наибольшим риском развития гнойного стерномедиастинита, который возникает у 2-6% пациентов. Диагностика и лечение инфекционных осложнений у реципиентов сердца затруднены, что обусловлено их обычно более тяжелым состоянием по сравнению с другими пациентами кардиохирургического профиля, а также иммуносупрессией,