

Список литературы

1. Видеоторакоскопическое лечение эмпиемы плевры у детей / И. А. Мамлеев, Р. А. Гумеров, В. У. Сатаев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 2. – С. 42.

2. Антропологическое обследование в клинической практике / В. Г. Николаев, Н. Н. Николаева, Л. В. Синдеева [и др.] – Красноярск : Версо, 2007. – 173 с.

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛИ ГИБРИДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ НА ФОНЕ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНОГО СВИЩА?

Вакулич Д.С., Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А., Шестюк А.М., Седич Д.В., Бартош В.И., Игнатюк А.Н., Бродницкий А.А., Талатынник А.С., Старжинский А.В.

Брестская областная клиническая больница
Республика Беларусь, г. Брест

Актуальность. Бронхоплевральный свищ – сложная и многогранная проблема в торакальной хирургии, требующая тщательного подхода к диагностике и лечению. Функционирующий свищ значительно ухудшает дыхательную функцию пациента и существенно затрудняет эффективное дренирование полости эмпиемы, что может приводить к хронизации процесса и развитию серьезных осложнений [1].

Цель. Проанализировать результаты применения гибридных методов лечения пациентов с эмпиемой плевры, осложнённой бронхоплевральным свищом.

Методы исследования. Сплошной выборкой изучены и проанализированы результаты лечения 49 пациентов с эмпиемой плевры на фоне бронхоплеврального свища.

Все пациенты разделены на две группы в зависимости от типа проводимого оперативного вмешательства. Основная группа представлена 23 пациентами (46,9%), которым выполнена имплантация эндобронхиального обратного резинового блокатора фирмы «Медланг» в сочетании с внутригрудной вакуумной (ВАК) аспирацией через миниторакостому. При этом у 16 пациентов (69,6%) с резекцией 1-2 ребра до 5-10 см, а у 7 (30,4%) – выполнялось расширение кожной раны без резекции ребер. По гендерному принципу преобладали мужчины 19 (82,6%), против 4 женщин (17,4%). Преобладало поражение правого гемиторакса – 16 (69,6%), против 7 (30,4%) слева.

В группу сравнения включены 26 (53,1%) пациентов, у которых полость эмпиемы санировалась через торакостому с использованием ВАК терапии без

обтурации бронха. Учитывая наличие летальных случаев, проанализированы результаты лечения 24 пациентов. Преобладали мужчины – 22 пациента (84,6%), с поражением правого гемиторакса – 20 (76,9%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. Анализируя сканы РКТ грудной клетки и при контрастировании смесью растворов перекиси водорода и бриллиантовой зелени, под визуальным эндоскопическим контролем получали данные о бронхе, несущем свищ. Миниторакостома у 16 пациентов основной группы и группы сравнения формировалась путем экономной резекции 1-2 ребер в проекции эмпиемы под видео контролем, и сопровождалась частичной декортикацией и плеврэктомией. В качестве вакуумных (ВАК) конструкций применялись стерильные гидрофильные полиуретановые губки или стерильные марлевые салфетки, пропитанные смесью раствора Йодповидон, через которые проводилась перфорированная неспадающая дренажная трубка 30Fr, выведенная через миниторакостому или контрапертуру. Рана герметизировалась адгезивным плёночным покрытием и велась на вакуумной аспирации. Замена ВАК конструкций выполнялась через 3-5 дня, сопровождаясь дебридментом, с последующим переводом на открытое ведение.

У пациентов основной группы чаще всего блокировали нижнедолевой бронх – в 10 случаях (43,5%). Из них 4 раза справа. По 2 раза (8,7%) блокировали верхнедолевой и среднедолевой bronхи, а также одновременно нижнедолевой и среднедолевой bronхи. Промежуточный бронх блокировали в 5 случаях (21,7%). По одному разу (5,6%) блокировали главный бронх слева и одновременно нижнедолевой, среднедолевой и промежуточный bronхи справа. С целью получения пневмостаза коррекция установленного блокатора потребовалась у 6 пациентов (25,9%). В 1 случае дважды, с заменой клапана 10 мм на клапан диаметром 12 мм, во втором – трижды, с сохранением клапана того же диаметра), по 1 случаю дополнительной блокация нижнедолевого, а затем главного бронхов и верхнедолевого bronха. У 16 пациентов (69,6%) коррекция не проводилась. У 1 пациента (4,3%) имело откашливание бронхоблокатора с эпизодом внутриплеврального кровотечения из грудной стенки. Средний срок нахождения блокатора в бронхе составил 45 суток (от 25 до 169). Применение ВАК-терапии в основной группе потребовало от 1 до 6 смен ВАК конструкций, наиболее часто – 4 (8 случаев).

У пациентов группы сравнения потребовалось в среднем 4 замены ВАК-конструкций, колеблясь от 2 до 6. Пациенты велись на постоянной вакуумной аспирации, без динамического повышения давления в системе.

Статистически значимые различия ($p < 0,001$) установлены в исходах лечения, сроках стабилизации пневмостаза и длительности торакастомы. Облитерация остаточной полости и заживление кожной раны стало результатом лечения 9 пациентов (39,1%) основной группы и 5 (19,2%) группы сравнения. Вторичные швы на рану сравнения. Торакомиопластика потребовалась 7 пациентам (30,4%) основной группы и 7 (26,9%) группы сравнения. Один пациент (4,3%) основной группы ожидает выполнения торакомиопластики. У 3 пациентов (13%) основной группы исходом стала сухая остаточная полость. Эпителизация торакастомы с косметическим дефектом или длительно

функционирующая торакостома с бронхоплеврокожным свищем явилась исходом лечения 9 пациентов (34,6%) группы сравнения. У 1 из пациентов (3,8%) группы сравнения, на фоне эпителизации торакостомы выявлен центральный рак причинного легкого. Летальный исход стал результатом лечения 2 пациентов (7,7%) группы сравнения. В основной группе летальных исходов не было.

Стабилизация пневмостаза в первые 2 суток достигнута в основной группе (1-19 дней), в то время как после наложения торакостомы пневмостаз не был достигнут в течении 203 дней (116-325 дней).

Длительность функционирующей торакостомы в основной группе составила 39 дней (1-140 дня), в то время как в группе сравнения - 154 (6-737 дней) дня.

Выводы. Внедрение гибридного метода в практику здравоохранения демонстрирует значительный потенциал для минимизации травматичности хирургических вмешательств у пациентов с эмпиемой плевры. Это, в свою очередь, способствует улучшению исходов лечения, оптимизации затрат на медицинские услуги и ускорению процессов медико-социальной реабилитации.

Список литературы

1. Тактика и хирургическое лечение эмпиемы плевры / А. А. Сушко, М. А. Можейко, В. З. Гаврусик, А. О. Олейник // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2016. – № 2 (54). – С. 112-114.

ТЕРМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ ЗОНЫ ГЛУБОКОГО ОТМОРОЖЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Валентюкевич А.Л.¹, Меламед В.Д.¹, Лобазов П.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница № 4 г. Гродно

Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Лечение отморожений – одна из сложных проблем медицинской практики, что требует внедрения современных способов диагностики холодовой травмы, что позволит оптимизировать лечебную тактику. Одним из доступных и эффективных методов для определения жизнеспособности тканей зоны отморожения является динамическое тепловидение [1].

Цель. Оценка результатов графического отображения температурных полей кожных покровов для определения жизнеспособности тканей зоны отморожения в эксперименте.

Методы исследования. Исследование было проведено на 15 самках белых лабораторных крыс в возрасте 5-6 месяцев массой тела 210±15 грамм.