

Результаты. В I группе для ликвидации пневмоторакса выполнялись плевральные пункции у 14 (7,8%) больных, торакоцентез и дренирование плевральной полости – у 156 (86,7%), торакотомия – 10 (5,6%). Только в 5 (3,7%) случаях из 14 удалось добиться полного расправления легкого после однократной плевральной пункции. Еще в 4 (28,6%) эпизодах пункционное ведение оказалось безуспешной, что вынудило нас отказаться в дальнейшем от данной методики при лечении СП. После дренирования плевральной полости у 148 (94,8%) пациентов пневмоторакс был ликвидирован без дополнительных вмешательств. У 6 (3,8%) больных в группе первичного дренирования плевральной полости нам пришлось установить дополнительный дренаж. У 1 (0,6%) пациента после дренирования плевральной полости пневмоторакс сохранялся в связи с чем произведена видеоассистированная атипичная резекция легкого и термический плевродез.

Во II группе видеоторакоскопические лечебные вмешательства выполнены в 284 (61,2%) случаях, из них видеоассистированные вмешательства выполнены 138 (48,6%) пациентам. Кроме того, еще у 12 (7,1%) больных из 170 в связи безуспешностью плевральной пункции (4 случая) и дренирования плевральной полости (8 случаев) мы были вынуждены прибегнуть к отсроченной торакоскопии. Таким образом, торакоскопия всего выполнена 296 (63,8%) пациентам.

В 5 (3,6%) случаях видеоассистированное вмешательство выполнено на 4-е сутки после торакоскопической коагуляции множественных булл на верхушке правого легкого в связи с сохранением утечки воздуха. Кроме того, еще у 13 (4,6%) пациентов после торакоскопии (7) и видеоассистированного вмешательства (6) мы наблюдали длительное (более 4 суток) поступление воздуха по плевральному дренажу, которое самостоятельно разрешилось в последующие сутки.

С целью профилактики рецидива пневмоторакса, независимо от наличия, размеров и локализации булл, мы всегда торакоскопию старались дополнить плевродезом преимущественно верхней половины париетальной плевры. Осложнений в виде кровотечений и эмпием плевры нами не отмечены. Операции с применением ВТС оказались эффективными в 279 (98,2%) случаях, а при традиционном введении – в 168 (93,3%).

Выводы. Таким образом, ВТС является современным и высокоинформативным методом диагностики и лечения СП. Она позволяет выявить причину его развития, определить наличие, объем, локализацию поражения легкого, выраженность спаечного процесса и степень коллапса легкого. Традиционные и мининвазивные методы диа-

гностики и хирургического лечения показали себя эффективными, но видеоэндоскопические вмешательства наряду с уточнением и устранением непосредственной причины пневмоторакса одновременно решают и задачи хирургической профилактики его рецидива.

26

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Жумадилов А.Ш.¹, Пя Ю.В.², Искакова Б.К.¹,
Альмухамедова А.Х.¹, Жаркимбеков Б.К.¹,
Мусин Е.Ш.¹, Аубакиров М.Е.¹.

АО «АО «Республиканский научный центр
неотложной медицинской помощи»¹,
г. Астана, Казахстан

АО «Национальный научный кардиохирургический
центр»², г. Астана, Казахстан

Цель исследования: оценка эффективности экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) при тяжелой пневмонии у беременной. Представлены результаты первого опыта применения ЭКМО у беременной К., 28 лет. с внебольничной двусторонней субтотальной пневмонией тяжелого течения, осложнившейся респираторным дистресс-синдромом (РДС), острой дыхательной недостаточностью 3 степени. Из анамнеза заболевания известно, что женщина заболела остро после переохлаждения на фоне 3-й по счету беременности. Начало заболевания сгектической лихорадки до +39°C, общего недомогания, головных болей, першения в горле, сухого кашля. В последующем в связи с ухудшением состояния, появлением желтушного синдрома на 5-е сутки от момента развития заболевания беременная госпитализирована в областной перинатальный центр г. Кызылорды. 25 апреля 2013г. в связи с прогрессирующим ухудшением состояния, нарастанием тахипноэ, гипоксемии больная переведена на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) и дальнейшее ведение пациентки проводилось при консультативной помощи профильных специалистов АО «РНЦНМП» по линии телемедицины. На 01.05.13 – состояние пациентки крайне тяжелое вследствие нарастания гипоксемии (SvO₂-72%), в связи с чем больной продолжена респираторная поддержка в режиме ViPAP с P_{insp}-31mbar, PEEP-20mbar, FiO₂ – 100%, VT 236 ml. На 13-е сутки заболевания в связи с критическим состоянием больной по жизненным показаниям была начата процедура вено-венозной ЭКМО и беременная в

экстренном порядке на авиатранспорте была переправлена в г.Астана и госпитализирована в отдел критической медицины АО «РНЦНМП». В процессе обследования при иммуно-серологическом исследовании мокроты и промывных вод бронхов вирусы гриппа не обнаружены. В условиях стационара АО «РНЦНМП» проводилась комплексная терапия дорипенемом по 500 мг х 3 раза в сутки в сочетании с антифунгицидными препаратами, пробиотиками, бронхолитиками, флуимуцилом, метипредом на фоне протективной ИВЛ, ЭКМО, санационных фибробронхоскопий. Для коррекции нарастающей гипергидратации организма на фоне сепсиса, гиперкатаболизма, печеночно-почечной дисфункции больной в течение 10 суток круглосуточно проводились сеансы низкопоточной гемодиализации и гипотермии. В результа-

те комплексной интенсивной терапии достигнуто регрессирование двустороннего субтотального воспалительного уплотнения легочной ткани, разрешение гипоксемии, улучшение показателей легочной механики, увеличение респираторного индекса с 40 до 426; нормализация показателей белкового обмена и иммунного статуса. На фоне лечения по результатам ультразвукового мониторинга регистрировалось прогрессирующее развитие плода соответственно сроку гестации. Таким образом, пневмония тяжелого течения у беременных – это сложная клиническая проблема, для решения которой требуется системный анализ и комплексный подход с использованием ЭКМО как высокоэффективного метода жизнеобеспечения больных с тяжелой пневмонией в критический период.

