

© С.А. Плаксин, М.Е. Петров, 2011
УДК 616.24/.25-072.1

С.А. Плаксин, М.Е. Петров

ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЙ

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»
(ректор — проф. И.П. Корюкина)

Ключевые слова: видеоторакоскопия, абсцессоскопия, повторные операции, заболевания грудной клетки, травма груди.

Введение. Видеоторакоскопия стала методом выбора в лечении и диагностике многих заболеваний грудной клетки [2, 6, 9, 11]. Плевроскопия практически в 100% случаев позволяет определить генез плеврального выпота, дифференцировать злокачественную или туберкулезную природу заболевания, провести плевродез для его купирования [7, 13, 14]. При травме груди эндоскопическая техника дает возможность устранить внутригрудные повреждения в 70–75% случаев [1, 5, 15, 16], при эмпиеме плевры обеспечивает наиболее эффективную санацию гнойного очага, дренирование плевральной полости [3, 9, 10]. Герметизация легкого, париеетальная плеврэктомия или химический плевродез обеспечивают благоприятный результат лечения у большинства больных со спонтанным пневмотораксом [8, 9]. При лимфоденопатиях и диссеминированных поражениях легких гистологически верифицировать диагноз удается в 98% случаев [4]. В онкологической практике видеоторакоскопия используется для биопсии и удаления доброкачественных новообразований легкого и средостения, стадирования и оперативного лечения Ia стадии рака легкого [7, 11]. Большинство авторов подчеркивают низкую травматичность методики и минимальное число осложнений. Однако не всегда лечение оказывается эффективным, и у ряда больных возникает потребность в повторном вмешательстве.

Материал и методы. В торакальном отделении Пермской краевой клинической больницы в период с 2003 по 2009 г. по поводу заболеваний и травм груди произведено 2075 видеоторакоскопий и 27 абсцессоскопий. Не достижение желаемого результата заставило прибегнуть к ревидеоторакоскопии (РеВТС) у 41 (2,0%) больного и к повторной абсцессоскопии у 2 (7,4%) человек. Во время первичных вмешательств по поводу экссудативного плеврита неясной этиологии 13 пациентам (30,2%) проведена полибиопсия плевры, разделение фрагментов и направленное дренирование плевральной полости, при эмпиеме плевры 12

больным (27,9%) произведена санация полости, визуализация бронхоплеврального свища, ликвидация фрагментов, биопсия плевры. При спонтанном пневмотораксе 8 (18,6%) больным сделали плевродез трихлоруксусной кислотой (ТХУК) и герметизацию легкого коагуляцией мелких булл. Удаление гемоторакса и пневмоторакса выполнено 5 (11,6%) пострадавшим с закрытой травмой груди. 3 (7%) больным с проникающими ранениями груди коагулированы раны легкого и грудной стенки. В анализируемую группу включили также 2 больных (4,7%) с острыми абсцессами легкого, которым позднее была произведена реабсцессоскопия (РеАбсС). Мужчин было 30 (69,8%), женщин — 13 (32,5%). Сроки выполнения повторных вмешательств колебались от 1 до 35 сут.

Результаты и обсуждение. 1-ю группу составили пациенты, которым РеВТС выполнили при неудаленных дренажах после первого вмешательства. Показанием к повторному вмешательству чаще всего явилась неэффективность дренирования с сохранением гидропневмоторакса при эмпиеме плевры и спонтанном пневмотораксе у 18 (37,2%) больных. При эмпиеме оценивались динамика воспалительных изменений, состояние легкого, характер бронхоплевральных свищей. Проводили санацию плевральной полости, некрэктомию, разрушали недренированные фрагменты, заменяли дренажи. Вторым поводом к РеВТС была массивная экссудация с выделением более 1000 мл жидкости в сутки по дренажам в течение 5–7 дней у 2 (4,6%) пациентов с экссудативным плевритом, им был проведен плевродез ТХУК и тальком. Экстренные РеВТС сделаны также 2 больным в связи с массивным кровотечением по дренажам из бронхиальных свищей. Гемостаз достигнут электрокоагуляцией свища в первом случае, во втором — во время РеВТС источник не был найден, кровотечение уже остановилось самостоятельно. Реабсцессоскопия проведена 2 пациентам по поводу гангренозных абсцессов легкого для удаления секвестров и санации полости гнойника.

Во 2-ю группу вошли пациенты, у которых дренажи после первой торакоскопии были уже удалены. Основным показанием явился

рецидив ограниченного гидропневмоторакса и гидроторакса у 11 (27%) больных со спонтанным пневмотораксом и плевритом в сроки от 1 до 8 сут. Остаточное осумкованное скопление жидкости имело место у 6 пациентов с травмой груди и экссудативным плевритом. Повторное дренирование было эффективным во всех случаях. У 1 пострадавшего с ранением груди на 9-е сутки диагностирован, по данным компьютерной томографии, рецидивный гемоторакс после удаления дренажей. В плевральной полости оказалось 2 л крови и сгустков, хотя источника кровотечения не было найдено.

У 2 больных необходимость в РеВТС возникла в связи с техническими погрешностями первого вмешательства, когда при явной картине специфического процесса с характерными высыпаниями по плевре был отрицательный результат биопсии. Повторно полученный материал подтвердил диагноз туберкулезного плеврита.

В 4 случаях РеВТС завершилась конверсией в видеоассистированную мини-торакотомию. У 3 больных при повторном вмешательстве источника поступления воздуха не обнаружено. Выполнены атипичные резекции буллезно-измененных участков легких с париетальной плеврэктомией и последующим выздоровлением. Четвертому пациенту с ранением груди кровотечение из грудной стенки остановлено электрокоагуляцией. Однако через 12 ч возник рецидив кровотечения. При РеВТС отмечена геморрагия из межреберной артерии. Гемостаз был достигнут только лигированием концов сосуда из мини-доступа.

Необходимость в нескольких повторных операциях возникла в 4 случаях, главным образом при инфекционно-деструктивных процессах. Ререабсцессоскопия (РереВТС) произведена на 27-е сутки для удаления секвестра и санации полости гангренозного абсцесса. РереВТС по поводу ограниченного осумкованного скопления гноя выполнена в двух случаях для их адекватного дренирования на 8-е и 16-е сутки. Хороший клинический эффект получен у этих пациентов в результате заполнения полостей коллапаном. Еще 1 больному со спонтанным пневмотораксом на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) РереВТС выполнена на 10-е сутки также в связи с формированием ограниченного базального гидропневмоторакса. Источника продувания воздуха не обнаружено, после плевродеза ТХУК и тальком легкое удалось расправить.

Повторные видеоэндоскопические вмешательства являются полноценной альтернативой открытым операциям при неэффективности первого вмешательства. Необходимость в РеВТС возникла у 2% больных. Выздоровление достигнуто у всех пациентов со спонтанным пневмотораксом,

травмой груди и экссудативным плевритом. При туберкулезном плеврите повторная биопсия плевры позволила установить специфический характер процесса. При эмпиеме плевры и абсцессах легких удалось санировать полости и подготовить пациентов к операции. В 1 случае выполнена плевроробэктомия, во втором — двухэтапная плевропульмонэктомия. Летальность составила 2,5%. Умер 1 больной, которому РеВТС была выполнена по поводу фибринозно-гнойного плеврита с бронхоплевральным свищом на фоне двусторонней сливной пневмонии. Причиной смерти послужила тромбоэмболия легочной артерии.

Анализ полученных результатов позволил сформулировать основные подходы к выбору сроков и объема повторных эндоскопических вмешательств. РеВТС в зависимости от времени выполнения целесообразно разделить на экстренные, срочные, отсроченные и поздние. Экстренные операции выполняли в 1-е сутки в кратчайшие сроки после возникновения к ним показаний (4 больных): продолжающееся кровотечение по дренажам или рецидив кровотечения в объеме более 300 мл крови за 1 ч в течение 2 ч и более, или интенсивное одномоментное кровотечение. Объем операции — гемостаз. Срочные вмешательства производили со 2-х по 5-е сутки из-за продолжающегося патологического процесса (9 больных): при гидропневмотораксе после удаления дренажей, сохраняющемся значительном продувании воздуха по дренажам при спонтанном пневмотораксе, травме груди, эмпиеме плевры, плеврите. Объем вмешательства — повторное дренирование, герметизация легкого. Отсроченные РеВТС выполняли с 6-х по 15-е сутки из-за рецидива плевральных проявлений заболевания или неэффективности дренирования (24 больных): при рецидиве гидроторакса или при обильном отделении жидкости в объеме 1000 мл/сут и более по дренажам без тенденции к уменьшению при экссудативном плеврите, развитии посттравматического плеврита, неадекватном дренировании эмпиемы плевры или абсцесса легкого, рецидиве спонтанного пневмоторакса, свернувшимся гемотораксе при травме груди, повторной биопсии плевры при отрицательном результате первичной биопсии при высыпаниях на плевре. Объем операции — повторное дренирование, герметизация легкого, санация полости эмпиемы или абсцесса, повторная биопсия, химический плевродез, удаление свернувшегося гемоторакса. Поздние РеВТС проводили позже 15 сут в связи с рецидивом заболевания или ухудшением патологического процесса (6 больных): при рецидиве спонтанного пневмоторакса, санационные торакоскопии и абсцессоскопии при наличии секвестров, неэффективном дренировании. Объем

вмешательства: герметизация легкого, удаление секвестров, санация полости эмпиемы и абсцесса, смена дренажей. При выполнении РеВТС у пациентов с дренажами для введения торакопортов нужно использовать отверстия из-под дренажных трубок. При удаленных дренажах и ограниченном гидропневмотораксе точка для первого или единственного торакопорта выбирается под рентгенологическим или УЗИ-контролем в центре полости, при полном коллапсе легкого — в пятом межреберье. При эмпиеме плевры и абсцессах легкого целесообразно определять показания к повторным эндоскопиям и их числу, исходя из клинической картины и динамики заболевания.

Выводы. 1. Повторные эндоскопические вмешательства необходимы 2% больных с патологией и травмой легких и плевры при неэффективности первичного вмешательства.

2. Ревидеоторакоскопии целесообразно разделить по срокам выполнения на экстренные, срочные, отсроченные и поздние; по характеру процесса: с наличием дренажей или удаленными дренажами.

3. При невозможности определить дефект легкого или остановить внутриплевральное кровотечение эндоскопическим путем методом выбора является видеоассистированная миниторакотомия.

4. Повторные ревидеоторакоскопии или реабсцессоскопии показаны при неэффективности дренирования, сохранении уровня жидкости, нарастании интоксикации, наличии секвестров.

5. Ревидеоторакоскопии позволяют добиться выздоровления у всех пациентов со спонтанным пневмотораксом, травмой груди и экссудативным плевритом, верифицировать диагноз при выпячиваниях на плевре, санировать эмпиемные полости и полости абсцессов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Воскресенский О.В., Жестков К.Г., Абакумов М.М., Гуляев А.А. Видеоторакоскопия в лечении пострадавших с проникающими ранениями груди // *Хирургия*.—2006.—№ 1.—С. 22–28.
2. Гетьман В.Г. Клиническая торакоскопия.—Киев: Здоровье, 1995.—207 с.
3. Курицын А.Н., Максимов В.Н., Малюгин Э.Е. и др. Опыт применения видеоторакоскопии в хирургическом лечении эмпиемы плевры // *Эндоскоп. хир.*—2002.—№ 3.—С. 26.
4. Мотус И.Я. Эндоскопические видеосопровождаемые вмешательства в грудной хирургии: 5-летние итоги // *Эндоскопически ассистированные операции: Материалы Всерос. конф.*—Екатеринбург, 1999.—С. 52–53.
5. Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.Б. и др. Видеоторакоскопия в лечении больных с травматическими

- повреждениями грудной клетки // *Анналы хир.*—2001.—№ 2.—С. 44–50.
6. Разумовский А.Ю., Хаматханова Е.М. Оперативная видеоторакоскопия у детей // *Хирургия*.—2003.—№ 9.—С. 52–56.
7. Трахтенберг А.Х., Соколов В.В., Пикин О.В. и др. Возможности видеоторакоскопии в онкологической клинике // *Рос. онкол. журн.*—2007.—№ 4.—С. 7–12.
8. Харькин А.А., Мазурин В.С., Кузьмичев В.А. и др. Эндоскопический плевродез в лечении буллезной эмфиземы легких, осложненной спонтанным пневмотораксом // *Эндоскоп. хир.*—2002.—№ 3.—С. 83.
9. Шулутко А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.Я. Эндоскопическая торакальная хирургия.—М.: Медицина, 2006.—391 с.
10. Шулутко А.М., Ясногородский О.О., Саакян Н.А. и др. Использование аппарата плазон N в комплексном лечении больных с неспецифическими эмпиемами плевры // *Эндоскоп. хир.*—2002.—№ 3.—С. 97.
11. Яблонский П.К., Пищик В.Г. Видеоторакоскопия в современной торакальной клинике // *Вестн. хир.*—2003.—№ 1.—С. 110–114.
12. Greillier L., Cavailles A., Fraticelli A. et al. Accuracy of pleural biopsy using thoracoscopy for the diagnosis of histologic subtype in patients with malignant pleural mesothelioma // *Cancer*.—2007.—Vol. 110, № 10.—P. 2248–2252.
13. Janssen J.P. Why you do or do not need thoracoscopy // *Eur. Respir. Rev.*—2010.—Vol. 117, № 19.—P. 213–216.
14. Michaud G., Berkowitz D.M., Ernst A. Pleuroscopy for diagnosis and therapy for pleural effusions // *Chest*.—2010.—Vol. 138, № 5.—P. 1242–1246.
15. Paci M., Annessi V., de Franco S. et al. Videothoroscopic evaluation of thoracic injuries // *Chir. Ital.*—2002.—Vol. 54, № 3.—P. 335–339.
16. Villavicencio R.T., Aucar J.A., Wall M.J. Analysis of thoracoscopy in trauma // *Surg. Endosc.*—1999.—Vol. 13, № 1.—P. 3–9.

Поступила в редакцию 06.12.2010 г.

S.A.Plaksin, M.E.Petrov

CAUSES AND RESULTS OF REPEATED VIDEO-THORACOSCOPY

For 7 years videothorascopies for diseases and traumas of the chest were fulfilled in 2075 patients, abscessoscopy in 27 patients. Repeated videothorascopies were fulfilled in 41 (2%) patients operated for spontaneous pneumothorax, pleural empyema, exudative pleurisy and injuries to the chest due to recurrent hydropneumothorax, prolonged abundant release by drainage, bleedings by drainage or formation of clotted hemothorax, not effectiveness of sanation, of the empyema cavity, reabscessoscopy — in 2 patients. Rевидеоторакоскопии were divided into groups with the presence of drainages or removed drainages according to the terms — into emergent (on the first day, immediately after the development of complications), urgent (from 2 to 5 days), postponed (from 6 to 15 days), and late (more than 15 days). In 4 cases the conversion to minithoracotomy had to be done due to continuing bleeding, the absence of lung hermetism. All patients with spontaneous pneumothorax, pleuritis and chest trauma recovered. Lethal outcome was in 1 (2.4%) case from lung artery thromboembolism. It was concluded that revidеоторакоскопия was an alternative thoracotomy of full value in reinterventions.