

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫМ СВИЩОМ

Ю. Н. Колбашова¹,
Р. М. Евтихов², доктор медицинских наук

¹ ГБОУВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 153012, Россия, г. Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации, 603001, Россия, г. Нижний Новгород, Нижневолжская набережная, д. 2

Ключевые слова: видеоторакоскопия, бронхоплевральный свищ, бронхоокклюзия, сочетанные эндоскопические методики.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: ykolbashova@yandex.ru

Хирургическое лечение эмпиемы плевры, осложнённой бронхоплевральным свищом, остаётся сложной проблемой. Летальность при этом заболевании составляет 7,2–28,3%. Открытые оперативные вмешательства характеризуются травматичностью и высокой частотой осложнений. Современным направлением в лечении пиопневмоторакса становится применение мини-инвазивных технологий. Однако выполняемые видеоторакоскопические и эндо-бронхиальные вмешательства имеют существенные недостатки.

Проанализированы результаты лечения 130 больных с эмпиемой плевры, осложнённой бронхиальным свищом (108 мужчин (83,08%) и 22 женщины (16,92%) в возрасте от 16 до 79 лет (в среднем $46,46 \pm 1,23$ года)). Первую группу составили 42 пациента (32,31%), у которых выполнялась только видеоторакоскопия. Вторая группа включала 45 человек (34,62%), лечение которых осуществлялось с помощью бронхоокклюзии. Третья группа представлена 43 больными (33,07%), у которых проводилась бронхоокклюзия в сочетании с видеоторакоскопией.

При обследовании больных использовалась интегральная шкала оценки тяжести синдромных

нарушений SAPS, которая учитывает 15 клинических и лабораторных показателей. По этой шкале не выявлено преобладания ни одной из групп по прогнозируемому уровню летальности ($p > 0,05$).

При неадекватной санации плевральной полости ввиду наличия густого гнойно-фибринозного содержимого и/или секвестров, множественных внутриплевральных осумкований, выполнялась видеоторакоскопия. При выраженном воздухоистечении и коллапсе лёгкого на фоне адекватного дренирования полости эмпиемы осуществляли бронхоокклюзию.

Среди благоприятных исходов лечения бронхиальных свищей следует отметить выздоровление и локальный пневмосклероз, не требовавший оперативного лечения (табл.). Функционирование свища являлось показанием к открытой операции.

Применение сочетанных эндоскопических методик улучшает показатели лечения пациентов с бронхоплевральным свищом, поскольку бронхоокклюзия и видеоторакоскопия захватывают все звенья патологического процесса в плевральной полости и в трахеобронхиальном дереве.

MINIINVASIVE TECHNIQUES IN THE TREATMENT FOR PYOTHORAX WITH BRONCHOPLEURAL FISTULA COMPLICATION

Kolbashova Yu. N., Evtikhov R. M.

Key words: videothoracoscopy, bronchopleural fistula, bronchoocclusion, combined endoscopic techniques.

Таблица. Результаты применения эндоскопических методик у пациентов в зависимости от продолжительности эмпиемы плевры

Длительность эмпиемы плевры	Число пациентов, абс. (%)											
	с клинико-рентгенологическим выздоровлением			с локальным пневмосклерозом			с сохранением бронхоплеврального свища			с летальным исходом		
	в 1-й группе	во 2-й группе	в 3-й группе	в 1-й группе	во 2-й группе	в 3-й группе	в 1-й группе	во 2-й группе	в 3-й группе	в 1-й группе	во 2-й группе	в 3-й группе
До 1 мес.	6 (14,28)	9 (20)	13 (30,24)***	4 (9,52)	11 (24,44)*	8 (18,60)	5 (11,91)*	1 (2,22)	–	3 (7,14)	–	–
1–2 мес.	3 (7,14)	2 (4,44)*	4 (9,30)	2 (4,76)	8 (17,78)*	5 (11,63)	8 (19,05)	5 (11,11)*	4 (9,30)	–	1 (2,22)	–
Более 2 мес.	2 (4,76)**	1 (2,22)**	3 (6,98)**	4 (9,52)	4 (8,89)**	4 (9,30)	5 (11,91)	3 (6,67)	2 (4,65)	–	–	–
Всего	11 (26,19)	12 (26,67)	20 (46,52)	10 (23,80)	23 (51,11)	17 (39,53)	18 (42,86)	9 (20)	6 (13,95)	3 (7,14)	1 (2,22)	–

Примечание. Статистическая значимость различий $p < 0,05$: * – между 1-й и 2-й группами, ** – между 2-й и 3-й группами, *** – между 1-й и 3-й группами; * – между пациентами с длительностью эмпиемы менее 1 и 1–2 мес., ** – между пациентами с длительностью эмпиемы менее 1 и более 2 мес.