

ставляла 10^7 - 10^9 микробных тел на 1 мл. По видовой принадлежности в экссудате преобладали стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях. После полного курса обработки полости у пациентов рост микробной флоры не определялся. Дренажное лечение заканчивали введением в полость «Тромбин-ферокрилового клея» и водный раствор иммуномодулятора Дерината (приоритетная справка № 2009111021).

Осложнений и случаев легального исхода в исследуемой группе II не было. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 12,6 сут. В исследуемой группе I в 3 случаях выявлено наличие остаточной полости, что составило (7,9 %) осложнений и средний срок пребывания в стационаре была 14,3 суток.

Выводы: Таким образом, предлагаемый способ позволяет сократить продолжительность лечения, исключить общее количество осложнений и значительно улучшить эффективность лечения.

Список литературы:

1. Акилов Х.А., Ваккасов М.Х., Икрамов А.И. и др. Ультразвуковая диагностика абсцессов печени // Анн. хир. гепатол. – 2000. – № 1. – С. 36-237.
2. Ившин В.Г., Семин В.Е., Старченко Г.А. Успешное лечение множественных абсцессов печени // Хирургия. – 1998. – № 7. – С. 8-59.
3. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В. Диагностика и лечение абсцессов печени // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 5-37.
4. Стойко Ю.М., Гулуа Ф.И., Сергии А.Е. Излечение множественных абсцессов правой доли печени // Вестн. хир. – 1999. – № 6. – С. 6.
5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практическое руководство (Пер. с англ.) / Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – С. 563.
6. Gersof S.G., Johnson W., Robbins A.H. et al. Intrahepatic pyogenic abscesses. Treatment by percutaneous drainage // Curr. Surg. – 1986. – Vol. 43, № 2. – P. 159-160.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

© Дударев А.А.*

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Проведено обследование и лечение 99 больных с острой неспецифической эмпиемой плевры, 46 больных пролечены с использованием то-

* Ассистент кафедры Хирургических болезней Института последипломного образования.

ракоскопии и санации аппаратом «Гейзер». Данный метод позволяет оценить состояние плевры и легкого у больных с неспецифической эмпиемой плевры, сократить сроки лечения, число открытых оперативных вмешательств и летальность у данной группы больных.

В последние десятилетия особое значение приобретает проблема лечения острых гнойных заболеваний легких и плевры. Несмотря на разработку новых антибактериальных средств и успехи современной хирургии, лечение острой эмпиемы плевры (ЭП) остается актуальной проблемой [2, 5].

Острая эмпиема плевры является одним из наиболее тяжелых заболеваний из всех существующих гнойных патологий, летальность при лечении различных форм эмпиемы плевры за последние 15 лет колеблется от 5 до 24 %, а в 15-45 % случаев острая эмпиема плевры переходит в хроническую, что неизбежно ведет к стойкой утрате трудоспособности. Временная инвалидизация отмечается в 30-40 % наблюдений, а стойкая потеря трудоспособности у 7,1-9,7 % больных [3]. Наиболее трудным является лечение тотальных эмпием плевры с деструкцией легкого в силу распространенности нагноения. Успешное лечение острой эмпиемы плевры, как и любого другого гнойно-воспалительного заболевания зависит от своевременно выполненной операции и адекватно налаженной дренажно-ирригационной системы. Одним из ключевых моментов в лечении неспецифической эмпиемы плевры (НЭП), непосредственно влияющим на конечный результат лечения, является способ дренирования и санации плевральной полости. Тактика санации полости эмпиемы сегодня основывается на принципах активного дренирования, ранней стерилизации и облитерации полости [1]. Торакоскопия дает возможность визуально оценить морфологические изменения в париетальной и висцеральной плевре, осмотреть поверхность легкого, определить наличие и локализацию бронхоплевральных сообщений, диагностировать невидимые при рентгенологическом исследовании интраплевральные осумкования, подтвердить распространенность и стадию эмпиемы плевры, провести санацию плевральной полости [4, 6].

Цель исследования: оценить эффективность торакоскопической санации плевральной полости в лечении эмпиемы плевры.

Материалы и методы: Исследование проведено у 99 больных с эмпиемой плевры, которые прошли лечение в торакальной хирургии ГКБ № 20 «им. И.С. Берзона» г. Красноярск.

Контрольную группу составили 53 больных, у которых применялся традиционный комплекс терапии эмпиемы плевры принятый в клинике, с дренированием плевральной полости по стандартной методике и санацией раствором фурацилина или борной кислоты. В исследуемую группу вошли 46 больных пролеченных комплексно с использованием торакоскопии с санацией аппаратом «Гейзер».

Больные были распределены по распространенности процесса: тотальные и ограниченные эмпиемы плевры, с деструкцией и без деструкции легкого (табл. 1).

Таблица 1

Объем поражения легких и плевры

	Контрольная группа N = 53	Исследуемая группа N = 46
Острая тотальная эмпиема плевры с деструкцией легкого	30 (56,6 %)	26 (56,5 %)
Острая тотальная эмпиема плевры без деструкции легкого	9 (17,0 %)	6 (13,0 %)
Острая ограниченная эмпиема плевры с деструкцией легкого	14 (26,4 %)	14 (30,5 %)

Контрольная и исследуемая группы были сопоставимы по возрасту, этиологии исходного заболевания, распространенности и тяжести деструкции.

Всем больным проводилась комплексная терапия заключающаяся:

- инфузионная терапия (зависит от выраженности волевических расстройств и интоксикации);
- антибактериальная терапия (с учетом выделенных возбудителей и их чувствительности к антибактериальным препаратам, но лечения до получения результатов бактериологического исследования начинали с эмпирической схемы);
- коррекция анемии и гипопроотеинемии (гемотрансфузии, использование принципов и методов парентерального питания);
- антиферментные препараты (ингибирование протеаз);
- дренаж трахеобронхиального дерева (постуральный дренаж, ингаляции, санационные бронхоскопии);
- симптоматическая и общеукрепляющая терапия;
- парахирургические и хирургические мероприятия;

В исследуемой группе дополнительно к обще принятой комплексной терапии эмпиемы плевры проводили санацию плевральной полости аппаратом «Гейзер» – полиионным гипертоническим раствором (360 и 450 мосм/л) в объеме 18 литров

Результаты исследования и их обсуждения:

При анализе результатов хирургического лечения у больных с эмпиемой плевры в контрольной группе и исследуемой получены следующие результаты.

При торакоскопии выполнялись следующие лечебные манипуляции: аспирация гноя и фибрина – в 100 % случаев, разрушение интраплевральных осумкований – в 40,4 %, частичная декорткация легкого и плевры – в

56,3 %, трансторакальная окклюзия бронхиального свища – в 8,7 %, трансбронхиальная и трансторакальная окклюзия бронха – в 26,0 %, санация плевральной полости аппаратом «Гейзер» – в 100 %, установка торакопорта для динамической торакоскопической санации плевральной полости – в 26,9 %, активное дренирование плевральной полости – в 100 % случаях. Дальнейшая тактика зависела от наличия или отсутствия легочно-плеврального сообщения и продолжающейся деструкции легкого.

Полное расправление легкого, стерилизация плевральной полости и удаление дренажей было в исследуемой и контрольной группах в следующие сроки: в контрольной группе это $35 \pm 4,0$ сутки, а в исследуемой на $22 \pm 3,0$ сутки. Полное выздоровление в контрольной группе было у 64,2 %, а в исследуемой 84,8 %. В группу больных с клиническим выздоровлением входили пациенты, у которых сохранялись Rg-логически массивные плевральные наложения, мелкие остаточные полости без признаков воспаления, в анализах крови сохранялось незначительное повышение лейкоцитов и СОЭ. Не эффективно лечение было соответственно 13,2 % в контрольной, когда требовался переход на открытое оперативное лечение, в исследуемой группе таких больных не было (табл. 2).

Таблица 2

Результаты лечения больных с НЭП

	Контрольная группа n = 53	Исследуемая группа n = 46
Полное выздоровление	34 (64,2 %)	39 (84,8 %)
Клиническое выздоровление	6 (11,3 %)	4 (8,7 %)
Не эффективно	7 (13,2 %)	-
Летальность	6 (11,3 %)	3 (6,5 %)

Умершие в исследуемой группе было 3 (6,5 %) человека, у всех больных была тотальная эмпиема плевры с деструкцией легкого. 1 больной умер от продолжающейся 2-х сторонней деструкции легкого, осложненного кровотечением. 2 больных от полиорганной недостаточности на фоне тяжелой сопутствующей патологии. У одного больного декомпенсированный сахарный диабет II типа. У другого полинаркомания. Гепатит В и С.

Таблица 3

Методы оперативного лечения в контрольной группе

	Операция		
	торакостомия	декортикация	Декортикация + резекция легкого различного объема
Острая тотальная НЭП с деструкцией легкого	1 (100 %)	2 (66,7 %)	3 (100 %)
Острая тотальная НЭП без деструкции легкого	-	1 (33,3 %)	-
Всего	1 (14,2 %)	3 (42,9 %)	3 (42,9 %)

В контрольной группе в виду не эффективности лечения больным было проведено открытое оперативное лечение у 7 больных (13,2 %) (табл. 3, табл. 4).

Таблица 4

**Методы и результаты открытого оперативного
лечения в контрольной группе**

Методы хирургического вмешательства	Контрольная группа n = 7	Летальность n = 1 (14,2 %)
Открытое дренирование (торакостома)	1	-
Декортикация	3	-
Декортикация + резекция легкого	3	1 (33,3 %)

Койко-день в контрольной группе составил: $49,7 \pm 3$, в исследуемой $32,7 \pm 2$ дня.

Выводы:

1. Торакоскопия позволяет оценить состояние плевральной полости и легкого при эмпиеме плевры и провести обоснованные лечебные манипуляции.

2. Применение торакоскопических лечебных манипуляций и эндоскопической санации аппаратом «Гейзер» позволяет улучшить результаты лечения с 64,2 % до 84,8 %, снизить процент летальности с 11,3 % до 6,5 %.

3. Использование торакоскопии позволило сократить количество открытых оперативных вмешательств.

4. Торакоскопия с санацией аппаратом «Гейзер» позволило уменьшить длительность госпитализации с $49,7 \pm 3$ до $32,7 \pm 2$.

Список литературы:

1. Рациональные подходы в лечении эмпиемы плевры / В.В. Плечев, Р.Г. Фатихов и др. // Здравсохранения Башкортостана. Специальный выпуск. – 2000. – № 4. – С. 42.

2. Острые инфекционные деструкции легких / Л.Н. Бисенков, А.В. Саламатов, А.П. Чуприна // Торакальная хирургия. – СПб: «ЭЛБИС СПб», 2004. – 928 с.

3. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. – М., 2003. – 160 с.

4. Ясногородский О.О. Видеосопровождаемые интраторакальные вмешательства: дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2000.

5. Яковлев С.В. Антибактериальная терапия осложненной пневмонии // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 4.

6. Mc Kenna R., Mahtabifard A., Pickens A. et al. Fast-Tracking After Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Lobectomy, Segmentectomy, and Pneumonectomy // Ann Thorac Surg. – 2007. – № 84. – P. 1663-1668.