

Давиденко В.Б., Пащенко Ю.В., Давиденко Н.В., Штыкер С.Ю., Дегтярев Я.К.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЯХ И КИСТОЗНЫХ АНОМАЛИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина;
Областная детская клиническая больница № 1 г. Харькова, Украина

Davidenko V.B., Paschenko Yu.V., Davidenko N.V., Shtyker S.Yu., Degtyarev Ya.K.

THORACOSCOPIC SURGERY FOR ACUTE DESTRUCTIVE PNEUMONIA AND CYSTIC LUNG ABNORMALITIES IN CHILDREN

National Medical University, Kharkov; Children's Clinical Hospital № 1, Kharkov

Резюме

Изучена эффективность торакоскопических операций при эмпиеме плевры и кистозных аномалиях у детей. Проанализированы результаты 25 торакоскопических операций у детей, лечившихся в ОДКБ № 1 г. Харькова. Все 25 детей успешно перенесли торакоскопические операции. При лечении эмпием плевры отмечены быстрое снижение интоксикации, улучшение дыхательной функции, снижение воспалительных явлений. При лечении кистозных аномалий легких наблюдались благоприятное течение послеоперационного периода, отсутствие осложнений и быстрое выздоровление детей.

Ключевые слова: деструктивная пневмония, кистозные аномалии легких, торакоскопия

Abstract

To study the effectiveness of thoracoscopic operations for pleural empyema and cystic abnormalities in children. Discussion of 25 thoracoscopic surgery in children treated in the in Kharkov. All 25 children underwent successful thoracoscopic surgery. In the treatment of empyema observed rapid decrease in toxicity, improved respiratory function, reduced inflammation. In the treatment of cystic lung abnormalities observed a favorable postoperative course, the absence of complications and rapid recovery of children.

Key words: destructive pneumonia, cystic anomalies of the lungs, thoracoscopy

Острые деструктивные пневмонии у детей относятся к тяжелым гнойным воспалительным заболеваниям. Анализ последних лет показывает, что это заболевание не имеет тенденции к уменьшению. Ежегодно в Харьковском регионе около 80 детей переносят различные формы деструктивной пневмонии. Среди всех форм наиболее часто встречаются такие легочно-плевральные формы, как плевриты и эмпиемы, на втором месте стоят лобиты.

Развитие пиоторакса, или отграниченной эмпиемы плевры, проявляется высокой степенью интоксикации и усилением гипоксических явлений. Тяжелые воспалительные явления в плевральной полости существенно нарушают микроциркуляцию, нарушая транспорт антибактериальных средств в очаг воспаления, снижая тем самым эффективность антибактериальной терапии. Развитие фибринозных наложений и перемычек в плевраль-

ной полости нередко нарушает работу плевральных дренажей и не позволяет эффективно удалять гнойный экссудат из плевральной полости.

Все вышеизложенное послужило поводом для применения видеоторакоскопических операций для санации плевральной полости.

Кистозные аномалии легких (кистозная гипоплазия легких, врожденные кисты легких), нередко видовые, выявляются в связи со спонтанным пневмотораксом, а при больших размерах образования – с синдромом внутриплеврального напряжения.

Материал и методы исследования

Торакоскопические операции были выполнены у 25 детей разного возраста: 18 – у детей с легочно-плевральными формами острой деструктивной пневмонии и 7 – в связи с кистозными аномалиями легких.

Видеоторакоскопические операции выполняли под эндотрахеальным наркозом и искусственной вентиляцией легких с помощью видеоторакоскопического комплекса «Storz». С помощью иглы Вереша накладывали умеренный карбоксоторакс. Порт для эндоскопа чаще всего вводили через V–VI межреберье по среднеключичной линии. Порты для манипуляторов вводили в соответствующее межреберье в зависимости от вида патологии и расположения патологического очага. Применяли принцип взаимозаменяемости места расположения эндоскопа и манипуляторов в соответствии с технической необходимостью.

При выполнении видеоторакоскопических операций по поводу эмпиемы плевры плевральную полость многократно орошали растворами антибиотиков, разъединяли множественные сращения легких с париетальной плеврой, максимально удаляли гнойные и фибриновые наложения на легких и париетальной плевре.

При операциях по поводу врожденных кист легкого поверхностные кистозные образования, которые послужили причиной спонтанного пневмоторакса, иссекали. Бронхиальную систему в местах удаления кистозных образований герметизировали клипированием или электрокоагуляцией.

При операциях по поводу врожденных кист легкого поверхностную оболочку кисты иссекали с электрокоагуляцией краев кисты. В наблюдениях, где полость кисты сообщалась с бронхом, герметизм осуществляли с помощью клипирования и электрокоагуляции. При сообщении полости кисты с бронхом среднего или крупного диаметра выполняли бронхоскопическую бронхоблокацию.

После выполнения основных этапов операции плевральную полость дренировали по Бюлау.

В послеоперационном периоде изучали общее состояние детей, функцию внешнего дыхания, сброс воздуха по дренажным системам. Проводили рентгенологический и ультразвуковой динамический контроль состояния легких, скопления воспалительного экссудата в плевральной полости.

Результаты исследования и их обсуждение

Первый клинический опыт видеоторакоскопических операций у детей при деструктивной

пневмонии и кистозных аномалиях легких показал, что все дети хорошо переносят этот метод хирургического лечения. Отсутствие больших торакотомных хирургических доступов способствует быстрому восстановлению функции дыхания, отсутствуют болевой синдром и осложнения, связанные с заживлением торакотомных ран.

После выполнения видеоторакоскопических операций в течение 2–3-х суток у ряда больных отмечается сброс воздуха в дренажную систему, который затем самостоятельно прекращается.

После выполнения видеоторакоскопической декорткации легких при острой деструктивной пневмонии отмечается значительно более быстрое расправление легких, прогрессивное улучшение общего состояния детей и рентгенологических признаков воспаления, кроме того, уменьшаются признаки гипоксии.

В одном наблюдении, где была выполнена операция по удалению большой кисты легкого с бронхоблокацией верхнедолевого бронха, пломба удалена спустя 10 суток, сброса воздуха в дренажную систему не отмечалось, ателектазированная доля легкого расправилась.

Все оперированные нами дети выписаны из стационара с выздоровлением.

Выводы

1. Тяжелые легочно-плевральные формы острой деструктивной пневмонии требуют включения в комплексную лечебную программу видеоторакоскопической санации очага воспаления, что позволяет осуществить прицельное удаление из плевральной полости продуктов воспаления, тщательно и эффективно санировать всю плевральную полость, наладить ее проточное промывание антисептиками в послеоперационном периоде.

2. Видеоторакоскопические хирургические технологии должны быть методом выбора при лечении кистозных аномалий легких у детей. Все дети хорошо переносят эти мини-инвазивные хирургические вмешательства, а отсутствие традиционных торакотомных разрезов способствует быстрому их выздоровлению.

Список литературы

1. Баландина И.А., Амарантов Д.Г. Использование торакоскопии в лечении ограниченных острых эмпием плевры // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. – №2. – С. 38–41.

2. Блащенко С.А. Дренирование острых гнойных абсцессов легких // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2002. – №2. – С. 60–64.
3. Мамлеев И.А., Катаев В.У., Гумеров А.А. и др. Видеоторакоскопическая хирургия у детей // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – №4. – С. 49–53.
4. Шипулин П.П. и др. Видеоторакоскопические вмешательства при лечении эмпиемы плевры // Клінічна хірургія. – 2008. – №9. – С. 38–40.
5. Разумовский А.Ю., Аллаберганов К.О., Алхасов М.Б. и др. Видеоторакоскопия при осложненных формах деструктивных пневмоний у детей // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – №3. – С. 59.
6. Кайгородова И.Н., Стальмахович В.Н., Белик А.А. и др. Видеоторакоскопия в лечении пиофибриноторакса у детей при бактериальной деструкции легких // Детская хирургия. – 2007. – №4. – С. 19–21.
7. Разумовский А.Ю., Аллаберганов К.А., Рачков В.Е. и др. Выбор диагностических методов при деструктивных пневмониях у детей // Детская хирургия. – 2006. – №4. – С. 4–5.
8. Макаров В.В. Опыт применения торакоскопических хирургических технологий у больных с острой эмпиемой плевры // Міжнародний медичний журнал. – 2008. – Т. 14, №3. – С. 64–66.
9. Макаров А.В., Сокур П.П., Кравчук Б.А. Диагностика и лечение острой деструктивной пневмонии у детей // Современная педиатрия. – 2004. – №2. – С. 72–74.
10. Мамлеев И.В. Видеоторакоскопические операции в лечении хирургических заболеваний органов грудной клетки у детей: Дисс. ... докт. мед. наук. – 2004. – 252 с.
11. Нагаев А.С., Баландина И.А., Амарантов Д.Г. Торакоскопическая санация плевральной полости в лечении больных с острой тотальной эмпиемой плевры // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2008. – №5. – С. 51–54.
12. Медведев А.П., Павлушин А.В., Горшков В.Ю. и др. Опыт видеоторакоскопических вмешательств при заболеваниях легких, плевры и средостения // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2001. – №1. – С. 40–46.
13. Разумовский А.Ю., Аллаберганов К.А., Рачков В.Е. и др. Особенности диагностики острых гнойно-деструктивных пневмоний у детей // Анналы хирургии. – 2006. – №1. – С. 68–69.
14. Хасанов Р.Р., Гумеров А.А., Мамлеев И.А. и др. Экономическая эффективность лечения эмпиемы плевры с применением торакоскопии у детей // Хирургия. – 2009. – №11. – С. 42–47.

Авторы

Контактное лицо: ДАВИДЕНКО Вячеслав Борисович	Доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой детской хирургии и детской анестезиологии Харьковского национального медицинского университета. Адрес раб.: 61022, г. Харьков, проспект Ленина, 4, ХНМУ, кафедра детской хирургии и детской анестезиологии или 61051, г. Харьков, ул. Клочковская, 337 А, ОДКБ № 1, кафедра детской хирургии и детской анестезиологии; тел.: 337-75-52. Адрес дом.: г. Харьков, ул. Дружбы народов, 240, кв. 166; телефон 716-99-17. E-mail davidslav@rambler.ru
ПАЩЕНКО Юрий Владимирович	Доктор мед. наук, профессор кафедры детской хирургии и детской анестезиологии Харьковского национального медицинского университета. Адрес раб.: 61022, г. Харьков, проспект Ленина, 4, ХНМУ, кафедра детской хирургии и детской анестезиологии или 61051, г. Харьков, ул. Клочковская, 337 А, ОДКБ № 1, кафедра детской хирургии и детской анестезиологии; телефон 341-07-40. Адрес дом.: 61103, г. Харьков, ул. 23 Августа, 55 Б, кв. 25; телефон 754-72-71, e-mail yuv.pedsurg@mail.ru
ШТЫКЕР Станислав Юрьевич	Канд. мед. наук, ассистент кафедры детской хирургии и детской анестезиологии Харьковского национального медицинского университета. Адрес раб.: 61022, г. Харьков, проспект Ленина, 4, ХНМУ, кафедра детской хирургии и детской анестезиологии или 61051, г. Харьков, ул. Клочковская, 337 А, ОДКБ № 1, кафедра детской хирургии и детской анестезиологии; телефон 341-07-79. Адрес дом.: 61202, г. Харьков, ул. Ахсарова, 7, кв. 97; телефон 336-92-10, e-mail shtiker@yahoo.com
ДАВИДЕНКО Наталья Вячеславовна	Врач детский хирург областной детской клинической больницы № 1 г. Харькова. Адрес раб.: 61051, г. Харьков, ул. Клочковская, 337 А, ОДКБ № 1; телефон 341-07-21. Адрес дом.: 61038, г. Харьков, пер. Семиградский 4/2; тел. моб. 096-297-17-04.
ДЕГТЯРЕВ Ярослав Константинович	Врач детский хирург отделения торакоабдоминальной и эндоскопической хирургии областной детской клинической больницы № 1 г. Харькова. Адрес раб.: 61051, г. Харьков, ул. Клочковская, 337 А, ОДКБ № 1; телефон 341-07-18. Адрес дом.: 61085, г. Харьков, ул. Фестивальная, 84; телефон 758-65-76.