

УДК 616.25-002.3:616.24-089.87-06

А.А. Шевченко^{1,2}, А.В. Кошевой², Е.А. Кашкаров², В.И. Мотора², А.В. Мятлик²

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТПНЕВМОНЭКТОМИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,

680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. профессора С.И. Сергеева министерства здравоохранения Хабаровского края, 680000, Краснодарская 9, тел.: 8-(4212)-39-04-91, 39-05-01, г. Хабаровск

Резюме

Послеоперационная эмпиема плевры после пневмонэктомии является одним из наиболее тяжелых осложнений послеоперационного периода. При этом бронхоплевральные свищи значительно осложняют лечение эмпиемы и ухудшают клинический прогноз заболевания. С целью ускорения и повышения эффективности лечения эмпиемы возможно наложение торакостомы и лечения заболевания открытым путем. Данные операции имеют выраженный косметический дефект. Но со временем, больные привыкают к такому образу жизни и в дальнейшем отказываются от дальнейших операций торакопластики по закрытию дефекта грудной стенки и свища. При этом волнообразное течение заболевания, с периодами обострения и затихания процесса может нести в себе множество грозных осложнений, в том числе и угрожающих жизни пациента. В данной статье описывается случай лечения пациента, который в течение 6 лет жил с торакостомой, при этом имел угрожающие жизни повторяющиеся кровотечения из полости эмпиемы.

Ключевые слова: эмпиема плевры, бронхоплевральный свищ, торакопластика.

A.A. Shevchenko^{1,2}, A.V. Koshevoi², E.A. Kashkarov², V.I. Motora², A.V. Miatlik²

LANDMARK TREATMENT OF POSTPNEUMONECTOMY EMPYEMA

¹Far Eastern State Medical University;

²Regional clinical hospital № 1 of professor S.I. Sergeyev of Ministry of Health of Khabarovsk Region, Khabarovsk

Summary

Postoperative empyema of the pleura after a pneumonectomy is one of the most severe complications of the postoperative period. Thus, broncho-plural fistulas considerably complicate treatment of empyema and worsen the clinical outcomes of the disease. For the purpose of acceleration and increase of empyema treatment efficacy, it is possible to make a thoracostome and treat the disease in an open way. These operations have a marked cosmetic defect. However, over time, patients get used to such way of life and refuse further operations of thoracoplasty to close the defect of a chest wall and fistula. Though, a «wavy» course of a disease, with the periods of aggravation and remission of the process may lead to serious complications, threatening patient's life. In the article, the case of treatment of the patient who had been living with thoracotomy for 6 years, is described. He was having recurrent bleedings from an empyema cavity. It is a life-threatening complication.

Key words: empyema pleurae, bronchopleural fistulae, thoracoplasty.

Послеоперационная эмпиема плевры с бронхиальным свищом после пневмонэктомии является одним из наиболее тяжелых, хотя и нередких осложнений [1, 6]. В ряде случаев при постпневмонэктомической эмпиеме требуется наложение плевростомы [5] с дальнейшим открытым ведением воспалительной полости. Данное вмешательство носит паллиативный, временный характер, позволяющий ускорить ремиссию воспалительного процесса. В дальнейшем, не смотря на снижение качества жизни, значимый косметический

дефект больные адаптируются к патологическому состоянию и воздерживаются от оперативного дальнейшего лечения. Но сохраняющийся источник хронической инфекции несет угрозу осложнений, в том числе витальных. Это обстоятельство заставляет хирурга обратиться к операциям по коррекции объема плевральной полости [7].

На сегодняшний день наиболее широкое использование торакопластических операций отмечено в хирургии туберкулеза органов дыхания [3, 4]. При этом

целью торакопластики при специфическом процессе является создание коллапса и покоя в верхних отделах гемиторакса без вскрытия плевральной полости. При неспецифической эмпиеме целью операции является удаление пиогенной поверхности включая воспаленную париетальную плевру, частичное удаление медиастинальной плевры. Операция сопровождается резекцией костных структур грудной стенки, мышечной пластикой свища, перемещением сформированных мышечных лоскутов [2].

Приведем собственное клиническое наблюдение.

Больной К., 48 лет, 26.03.04 поступил в торакальное хирургическое отделение ККБ №1 с диагнозом: хроническая парапневмоническая эмпиема плевры справа с бронхиальным свищем. Из анамнеза болен около полугода, консервативное лечение без эффекта. 08.04.2004 больному выполнена правосторонняя эмпиоплеврэктомия.

На 19-е сутки после операции у больного развивается клиника сдачи культи правого главного бронха, не смотря на дренирование правой плевральной полости, по дренажам выраженный газовый синдром, гнойный экссудат, напряженная подкожная эмфизема, прогрессирующие явления острой дыхательной недостаточности. Дальнейшее ведение эмпиемы плевры консервативным путем, проводились санации плевральной полости растворами антисептиков, больной выписан из торакального хирургического отделения с эмпиемой правой плевральной полости в «холодном» периоде, с дренированной плевральной полостью.

6.10.2004 г. больной вновь поступил в торакальное хирургическое отделение ККБ № 1 для дальнейшего лечения с диагнозом хроническая эмпиема плевры справа, больному выполнено наложение плевростомы справа путем резекции фрагментов II и III ребер, дальнейшее открытое лечение плевростомы перевязками с антисептиками, больной выписан на амбулаторный этап лечения, с контрольным осмотром через 6 месяцев.

В течение 5 лет за специализированной помощью пациент не обращался, хотя имели место рецидивирующие кровотечения из полости эмпиемы. В июне 2009 г. у больного значительное кровотечение из плевростомы, госпитализирован в торакальное отделение, 9.07.09. проводилась коагуляция аргоном, укрытием гемостатическим материалом (Тахокомб). В сентябре 2009 г. повторная госпитализация в торакальное хирургическое отделение, по поводу кровотечения из плевростомы из зоны культи правого главного бронха, проводилась консервативная терапия, аппликации зоны кровотечений гемостатическим материалом. Несмотря на проводимую терапию, эффект от лечения имел только временный характер, кровотечения рецидивировали. 20.06.10 г. на фоне относительного благополучия очередной эпизод кровохарканья и кровотечения из полости эмпиемы. При обследовании установлено, что источником кровотечений является добавочная бронхиальная артерия, учитывая малый диаметр ко-

торой попытки ее эмболизации без эффекта. С целью устранения остаточной полости, устранения свища и, как следствие, остановки рецидивирующих кровотечений, по жизненным показаниям запланировано оперативное вмешательство с интубацией левого главного бронхоторакопластика справа с миопластикой бронхиального свища, остаточной полости.

22.07.10 г. операция торакомиопластика остаточной полости справа, миопластика трахеоплеврального свища, закрытие плевростомы. Интраоперационно выполнена резекция правой половины грудной стенки, включающая в себя резекцию лопатки, тотальное удаление 1-6 ребер, резекция 7,8 ребер от паравертебральной до парастернальной линии. Стенки остаточной полости с толщиной до 3 см. удалены полностью, за исключением шварты медиастинальной поверхности, выполнен ее кюретаж, обработка антисептиками. Мобилизация грудных мышц, широчайшей, трапециевидной и зубчатых мышц. Визуализирован свищ культи, кюретаж с коагуляцией устья свища. Миопластика свища лоскутом зубчатой мышцы двумя П-образными швами. Остаточная полость заполнена мобилизованными мышцами, выполнена их фиксация наводящими швами к медиастинальной поверхности оставшейся шварты, передним отрезком ребер. Течение послеоперационного периода осложнилось формированием бронхиального свища около 0,3 см., бронхоплевроторакальный свищ сформировался по каналу силиконового дренажа.

На 57-е сутки выписан на амбулаторный этап реабилитации с трахеоторакальным свищем (дренированным силиконовой трубкой) с рекомендациями удалить дренаж через месяц.

Через 2 месяца (15.11.10) пациент вновь поступил на контрольное обследование. При обследовании бронхоплевроторакальный свищ закрылся. При выписке даны рекомендации контрольного осмотра через год, больной в ККБ не явился.

Заключение: Наложение плевростомы при постпневмонэктомической эмпиеме с бронхиальным свищем всегда носит вынужденный характер, когда консервативная терапия неэффективна, в связи с величиной остаточной полости и невозможностью адекватной санации полости эмпиемы через дренажи, и, в то же время, более радикальные операции не могут быть выполнены в соответствии с тяжестью состояния пациента. По мере затихания острой фазы заболевания больные нередко «привыкают» к хроническому течению заболевания, постоянным перевязкам, и, как следствие, отказываются от дальнейшей коррекции грудной клетки с закрытием свища и торакостомы. Но волнообразное течение заболевания, осложнения, в том числе угрожающие жизни, наличие непосредственно дефекта грудной стенки, значительно снижающего качество жизни и, тем самым, медико — социальную адаптацию данной категории больных, указывают на необходимость ликвидации свища и полости эмпиемы в обязательном порядке.

Литература

1. Вагнер Е.А., Тавровский В.М. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии. — Пермское кн. изд-во, 1977.

2. Проценко А.В. Выбор способа торакопластики при бронхиальном свище и эмпиеме плевры после пульмоэктомии / *Анналы хирургии.* — 2009. — № 2. — С. 40-42.

3. Шевченко А.А., Жила Н.Г., Шевченко А.В., Сви-
стунова В.П., Дрибенец Е.С. Коллапсхирургическое
лечение распространённых деструктивных форм ту-
беркулёза лёгких // Дальневосточный медицинский
журнал. – 2014. – № 4. – С. 113-116.

4. Шевченко А.А., Н.Г. Жила и др. Корректирующая
торакопластика при распространенных формах тубер-
кулеза легких // Дальневосточный медицинский жур-
нал. – 2015. – № 1. – С. 23-26.

5. Jadczyk E. Postpneumectomy empyema // Eur J
Cardiothorac Surg. – 1998. – № 14 (2). – P. 123-126.

6. Kacprzak G., Marciniak M., Addae-Boateng E.,
et al. Causes and management of postpneumectomy
empyemas: our experience // Eur J Cardiothorac Surg. –
2004. – № 26 (3). – P. 498-502.

7. Otani S., Yamamoto S., Endo S. Surgical inter-
vention for residual space empyema and bronchopleural
fistula after major pulmonary resection // Kyobu Geka. –
2013. – 66 (8). – P. 735-740.

Literature

1. Wagner E.A., Tavrovsky V.M. Errors risks and com-
plications in lung surgery. – Perm book publishing house,
1977.

2. Protsenko A.V. Choose how thoracoplasty bronchial
fistulas and empyema after pneumonectomy / Annals of
Surgery. – 2009. – № 2. – P. 40-42.

3. Shevchenko A.A., Gila N.G., Shevchenko A.V.,
Svistunova V.P., Dribenets E.S. Kollapschirurgisches
treatment of common forms of destructive pulmonary tu-
berculosis // Far East Medical Journal. – 2014. – № 4. –
P. 113-116.

4. Shevchenko A.A., Gila N.G., et al. Corrective
thoracoplasty for common forms of pulmonary tuber-

culosis // Far East Medical Journal. – 2015. – № 1. –
P. 23-26.

5. Jadczyk E. Postpneumectomy empyema // Eur J
Cardiothorac Surg. – 1998. – № 14 (2). – P. 123-126.

6. Kacprzak G., Marciniak M., Addae-Boateng E.,
et al. Causes and management of postpneumectomy
empyemas: our experience // Eur J Cardiothorac Surg. –
2004. – № 26 (3). – P. 498-502.

7. Otani S., Yamamoto S., Endo S. Surgical inter-
vention for residual space empyema and bronchopleural
fistula after major pulmonary resection // Kyobu Geka. –
2013. – 66 (8). – P. 735-740.

Координаты для связи с авторами: Шевченко Александр Александрович – канд. мед. наук, доцент кафе-
дры хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ,
торакальный хирург ОТХ ККБ № 1, врач высшей квалификационной категории по специальности «Торакаль-
ная хирургия», тел. +7-914-770-34-77, e-mail: aleshev2@yandex.ru; Мотора Владимир Ильич – зав. отделением
торакальной хирургии ККБ № 1, врач высшей квалификационной категории по специальности «Торакальная
хирургия», тел. 8-(4212)-39-05-01; Кошевой Александр Владимирович – торакальный хирург ОТХ ККБ № 1,
врач высшей квалификационной категории по специальности «Торакальная хирургия», тел. 8-(4212)-39-04-91;
Кашикарёв Евгений Александрович – торакальный хирург ОТХ ККБ № 1, врач высшей квалификационной ка-
тегории по специальности «Торакальная хирургия», тел. 8-(4212)-39-04-91; Мятлик Антон Витальевич – то-
ракальный хирург ОТХ ККБ № 1, врач высшей квалификационной категории по специальности «Торакальная
хирургия», тел. 8-(4212)-39-04-91.



УДК 616.12-036.882-08-021.144

Е.М. Заяц¹, А.А. Науменко¹, К.В. Войтенков¹, С.А. Барабанов¹, В.С. Гороховский², М.Б. Куцый²

ИЛЛЮСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

¹ГБУЗ «Сахалинская областная больница» Министерства здравоохранения Сахалинской области, 693004,
пр-т Мира, 430, тел. 8-(4242)-49-73-01, e-mail: sakhalinhospital@mail.ru, г. Южно-Сахалинск;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35,
тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmi.ru, г. Хабаровск

Резюме

Полное неврологическое, психологическое и социальное восстановление после перенесенной клинической
смерти остается одной из ключевых проблем реаниматологии. В алгоритм сердечно-легочной реанимации входит
отдельный блок рекомендаций, выполняемых после остановки кровообращения, включающий защиту мозга в по-
стреанимационном периоде. В частности, у больных, перенесших клиническую смерть, рекомендуется применять
лечебную гипотермию.