

## НАЙБЛИЖЧІ РЕЗУЛЬТАТИ ПЛЕВРЕКТОМІЙ

*Дужий І.Д., Гресько І.Я.*

Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини і фтизіатрії медичного інституту  
Сумського державного університету

**Вступ.** Оперативне лікування хронічного плевриту, у т. ч. і хронічної емпієми плеври – складне оперативне втручання, що визначається як синтопією плеврального мішка, так і значною раневою поверхнею, яка утворюється у грудній порожнині внаслідок видалення фіброзно переродженого утворення, яким є хронізована плевра. На травматичність втручання, а відтак і на безпосередні його результати найбільш суттєвий відбиток накладає ступінь хронізації запального плеврального процесу [4]

**Огляд літератури.** Відомо, що з трьох основних синдромів захворювань плеври – больового, задишки і плеврального випоту (ПВ) – останній, як найбільш об'єктивний, є провідним. Разом з тим, незважаючи на достовірну об'єктивність, констатувати його наявність далеко не завжди представляється можливим. Наразі не йде мова про фізикальні методи діагностики, оскільки вони у значній мірі все ж таки теж суб'єктивні. Ми маємо на увазі головним чином променеві методи встановлення синдрому плеврального випоту. Безперечно, без фізикальних методів діагностики плеврального випоту не обійтись, оскільки лише завдяки ним виставляються показання до променевого дослідження. З огляду на різний рівень уміння інтерпретувати дані фізикальних досліджень та больовий синдром показання до променевого вивчення плевральної порожнини виставляються нерідко дуже несвоєчасно, внаслідок чого синдром плеврального випоту встановлюють у термін від 2-3 тижнів до 15 місяців [9, 10]. Останнє не може вплинути на характер і подальший перебіг запального процесу. До речі, за багатьма авторами [1,2] якраз цей хронологічний чинник і є показником хронічного плевриту, хоча ми з цією тезою принципово не згодні [5]. Оскільки у даний час мова йде не про це, зауважимо, що внаслідок несвоєчасної діагностики синдрому плеврального випоту, а разом з цим і

захворювань плеври, серед усіх пацієнтів із запальним процесом плеври [9] до стаціонару поступає щонайменше 10% хворих з первинно зформованим хронічним плевритом. Разом з тим встановлено, що, незважаючи на лікування, приблизно у такому ж відсотку випадків (10%) процес у хворих приймає хронічний перебіг [6]. Деяка частина хворих за наявності показань до оперативного втручання все ж на якийсь час чи назавжди від нього відмовляється. Таким чином відбувається формування важкого контингенту хворих на хронічний плеврит. При відсутності протипоказань за загальним станом та характером місцевого процесу більша кількість таких хворих оперується.

**Невирішені частини проблеми.** Перебіг післяопераційного періоду та можливі ускладнення у значній мірі визначаються ступенем хронізації процесу. Вплив наведених чинників на результати плевректомії недостатньо вивчені і, практично, не висвітлені.

**Мета роботи.** Поділитись власним досвідом та найближчими результатами плевректомії залежно від ступеня хронізації запалення плеври на підставі запропонованої класифікації [4].

**Матеріали і методи.** Всього під нашим спостереженням знаходилось 227 хворих на хронічний плеврит. Серед них плеврит туберкульозного генезу мав місце у 191 (84,1%) хворого, неспецифічного генезу – у 36 (15,8%) осіб. Поміж останніми пацієнтами у 1 хворого хронічний плеврит носив саркоїдозний генез, у 1 – хламідійний, ще у 1 – мікоплазматичний, у 5 хворих – післятравматичний.

Тривалість перебігу хвороби від перших проявів процесу знаходилась у межах від 3 місяців до 28 років. Оперативне втручання – плевректомія - виконана 197 (86,7%) пацієнтам: при туберкульозному плевриті – 179 (90,9%), при неспецифічному плевриті – 18 (9,1%), у т. ч. при післятравматичному – 5 хворим. Протипоказання загального характеру виявлені у 10 (4,4%) хворих. Відмовились від операцій 20 (8,8%) пацієнтів. Правобічна плевректомія виконана у 137 (69,5%) хворих, лівобічна – у 60

(30,5%). Хворих на хронічний плеврит I ст. оперовано 43 (22,3%) особи, II ст. – 141 (71%), III ст. 13 (6,7%).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Під час операції виникло 27 (14,0%) ускладнень. Два з них (1,0%) віднесені до загрозливих для життя, інші 25 (12,9%) – до загрозливих для здоров'я. Усі ускладнення анатомічно були ліквідовані за ходом операції.

Найближчий післяопераційний період ускладнився розвитком наступних патологічних синдромів: респіраторно-паренхіматозні – у 16 (8,1%) хворих, уповільнене розправлення оперованої легені – у 13 (6,6%).

Найбільш часто зустрічались респіраторно-паренхіматозні ускладнення. В їх основі було порушення реекспансії якоїсь частки легені, «звільненої» від плеврального мішка. Гіпопневматоз верхньої частки правої легені зафіксовано у 3 хворих, верхньої частки лівої легені – у 1; гіпопневматоз нижньої долі правої легені встановлено у 4 хворих, лівої легені – у 1 хворого; ателектаз часток правої легені зафіксовано у 4 хворих, ателектаз часток лівої легені – у 3 хворих. Гіпопневматоз в усіх випадках ліквідовано застосуванням додаткового знеболення шляхом паравертебральної та за груднинної блокад 0,25% розчином новокаїну на тлі проведення активної та пасивної дихальної гімнастики, в основі якої було роздування дитячих іграшок та напруження м'язів черевної стінки, за типом імітації «підйому ваги». При ателектазі часток в усіх випадках негайно застосовували санаційну бронхоскопію з введенням у бронхіальне дерево відповідного геміторакса гепарину, тренталу, нікотинової кислоти, гідрокортизону чи гепарину. Виконання більше від однієї санаційної бронхоскопії не знадобилось.

Уповільнене розправлення легені на боці оперованого геміторакса зустріли у 13 (6,7) хворих. З метою прискорення процесу виповнення легенею грудної порожнини застосовували ті ж методи, що і при гіпопневматозі легеневої паренхіми, додатково виконуючи заливки у верхній дренаж 5% амінокапронової кислоти, яка сприяє активному випадінню

фібрину, що веде до більш швидкої герметизації кортикально-субкортикальних шарів травмованих відділів легені. Одночасно з цим проводили заливки відповідних антибіотиків. Найкращими з них вважали препарати групи тетрацикліну – доксициклін, тетрациклін. У 6 хворих така тактика дозволила добитись герметизації паренхіми і ліквідації бронхіоло-альвеолярної недостатності впродовж 6-13 діб. У 5 хворих довелось застосувати додаткове дренування та введення мікроригатора. У цих пацієнтів інтенсивна внутрішньоплевральна санація та стимуляція випадіння фібрину за тією ж методикою при збільшенні кількості добових введень препаратів сприяли герметизації легені і виповненню грудної порожнини впродовж 18-25 діб. Лише у 2 хворих відсутність схильності до герметизації альвеолярно-кортикальної поверхні з метою попередження розвитку нориці і наступних за нею ускладнень спонукала нас до корегуючої екстраплевральної торакопластики на 18-ту добу після плевректомії. Показаннями до такого втручання була альвеолярно-бронхіальна недостатність, яка проявлялась інтенсивним виділенням повітря під воду через два верхні дренажі навіть при розмові, відсутність схильності до герметизації легені і наявності залишкової порожнини у склепінні грудної порожнини.

Таким чином, з 29 випадків перерахованих патологічних післяопераційних синдромів (респіраторно-паренхіматозних та уповільненого розправлення легені) нам вдалось ліквідувати у тритижневий термін 27 (93,1%). Вважаємо, що ці випадки можна віднести не до ускладнень післяопераційного періоду, а до особливостей його патофізіологічного перебігу, що зумовлюється рівнем хронізації запальних змін у плевральному мішку та розвитком неробронхіального пневмосклерозу. Дану тезу обґрунтовуємо тим, що герметизація легеневої поверхні після повної плевректомії відбувається внаслідок її фібротизації – випадінню на раневу поверхню легені фібрину і проростанню його сполучною тканиною. Розвиток же повноцінної рубцевої тканини за Вайлем С.С. відбувається

впродовж 3 тижнів. Лише у 2 (6,9%) з цих хворих виникла потреба у додатковому втручанні з метою корекції грудної порожнини до об'єму відносно реекспансованої легені.

Більшість ускладнень такого характеру супроводжували післяопераційний період у хворих на хронічний плеврит II і III ст., а саме: при III ст. – у 9 хворих із 13 – 69%, при II ст. – у 18 хворих із 137 – 13,1%. Після операцій з приводу хронічного плевриту I ст. такі ускладнення зустрілись у 2 осіб із 43 хворих – 4,6%.

#### **Висновки:**

1. Післяопераційні ускладнення респіраторного типу частіше зустрічається у хворих на ХП III ст. і значно рідше при хронічному плевриті II і I ст.
2. Запобігти ускладненням можливо шляхом своєчасної діагностики хронізації процесу і своєчасним оперативним лікуванням пацієнтів.
3. **Перспективи подальших розвідок.** Вдаватись до реконструктивного відновного оперативного втручання, яким є плевректомія, необхідно при появі перших ознак хронізації процесу.

Завідувач кафедри загальної хірургії,  
радіології і фтизіатрії медичного інституту  
СумДУ д.м.н. професор

І.Д.Дужий

Аспірант кафедри загальної хірургії

І.Я.Гресько

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. **Амосов Н.М.** Очерки торакальной хирургии.-К.:Здоров'я.-1958.-727 с.
2. **Богущ Л.К.** Хирургическое лечение туберкулеза легких.- М.:Медицина,1979.-296 с.
3. **Вайль С.С.** Ошибки клинической диагностики.-Л.:Медицина, Ленигр. отд-ние, 1969.-293 с.
4. **Дужий І.Д.** Клінічна плеврологія.-К.:Здоров'я, 2000.-384 с.
5. **Дужий І.Д.** Хірургія туберкульозу легень і плеври.- К.:Здоров'я,2003.- 360 с.
6. **Дужий І.Д.** Труднощі діагностики хвороб плеври .-Суми:Мрія-1ТОВ, 2008.-560 с.
7. **Колесников В.В., Марченко Л.Г.** Реактивация туберкулеза после резекции легких //Хирургическое лечение больных хроническим деструктивным туберкулезом с сопутствующими заболеваниями.-М.:, 1979.-С.132-134.
8. **Репин Ю.М.** Повторные резекции пневмонэктомии при рецидивах туберкулеза легких //Пробл.туберк..-1990.-№ 12.- С.35-39.
9. **Семенов Ю.Л., Горбулин А.Б.** Плевриты.-К.:Здоров'я, 1983.- 181с.
10. **Соколов В.А., Савельев А.В.,Красноборова С.Ю, и др.** Дифференциальная діагностика плевральних выпотов //Пром. діагн. і пром.. терапія.-2001.-№3.-С.24-28.
11. **Стрельцов В.П.** Течение и сход деструктивного туберкулезного процесса в единственном легком после пневмонэктомии //Пробл.туберк.-1976,-№ 4.-С.20-22.
12. **Углов Ф.Г., Пуглеева В.П., Яковлева А.М.** Осложнения при внутригрудных операциях.-Л.:Медицина, Ленинград отд-е,1968.-443 с.
13. **Dionemann H., Zitzelsberes M., Sunder-Plassmann L.** Das Pneuracmoyem Stadiengerechte Bechandlung und Ergebnisse //Acta chir. Austriaca.-1987.-Bd. 19, N2.-S.157-159.
14. **Muskett A., Burton N., Karwande S.V., Collins M.P.** Management of refractory empyema with early decortication //Amer. J. Surg.-1988.-V.156, N6.-P.529-532.

## **НАЙБЛИЖЧІ РЕЗУЛЬТАТИ ПЛЕВРЕКТОМІЙ**

**І.Д. Дужий, І. Я. Гресько**

Сумський державний університет, медичний інститут

Реферат.

Автори надають огляд літератури, який висвітлює стан проблеми хронічних плевритів. Діляться великим досвідом оперативних втручань з приводу хронічних плевритів. Наводять ускладнення респіраторного характеру, що зустрічаються у найближчий післяопераційний період після плевректомії і дають поради щодо їх попередження та лікування.

*Ключові слова: хронічний плеврит, плевректомія, результати.*

## **БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛЕВРЭКТОМИИ**

**И.Д. Дужий, И.Я. Гресько**

Сумский государственный университет, медицинский институт

Реферат.

Авторы приводят обзор литературы касательно проблемы хронических плевритов. В статье представлен большой личный материал по оперативному лечению хронических плевритов. Приведены осложнения респираторного характера, которые встречаются в ближайший послеоперационный период после плеврэктомии и даны рекомендации по их предупреждению.

*Ключевые слова: хронический плеврит, плеврэктомия, результаты*

## **THE SHORT-TERM RESULTS OF PLEURECTOMY**

**I.D. Duzhy, I.Ya. Gresko**

Medical Institute of Sumy State University

Summary.

Authors give a review of the literature concerning a problem of chronic pleurisy. In the article the big personal material on operative treatment of chronic pleurisy is presented. Complications of respiratory character which ones meet during the nearest postoperative period after pleurectomy are described and recommendations under their prevention are given.

*Key words: chronic pleurisy, pleurectomy, short-term results*