

І. Д. Дужий, Ю. О. Міщенко, Г. П. Олещенко, В. О. Олещенко ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОСУМКОВАНИХ ЕМПІЕМ ПЛЕВРИ

Сумський державний університет

Емпієма плеври залишається складним проблемним захворюванням у сучасній торакальній хірургії, незважаючи на те, що в останні 20 років у практичній медицині з'явилась значна кількість антибіотиків різнонаправленої дії. Навколо тактики лікування емпієми плеври не припиняються дискусії незважаючи на значні досягнення сучасної медицини і розроблені методики введення антибактеріальних препаратів. В останні десятиліття захворюваність на специфічні та неспецифічні патологічні процеси, що ускладнюються розвитком емпієми плеври не мають тенденції до зменшення і за даними багатьох авторів знаходяться у межах 19,1 — 73 %, летальність при цьому сягає 25 % [1, 2].

Термін «емпієма плеври» слід розуміти як запалення вісцерального та парієтального листків плеври з накопиченням гною у плевральній порожнині з ознаками загальної інтоксикації [3].

На даний час емпієму плеври розглядають як поліетіологічне захворювання, розрізняючи специфічний, неспецифічний і змішаний характер процесу. Етіологія неспецифічної емпієми плеври частіше всього зумовлена аеробними мікроорганізмами: стрептококами, пневмококами та диплококами. В останні роки частіше починають висіватися анаеробно-аеробні асоціації мікроорганізмів, що значно ускладнює консервативне і хірургічне лікування таких хворих [5].

Поміж специфічних емпієм плеври найбільш часто трапляються такі, що спричинені мікобактеріями туберкульозу. Специфічне туберкульозне ураження плеври у структурі її захворюваності складає від 3 % до 31 % [4, 6]. Формування емпієми плеври у хворих на туберкульоз легень значно збільшує летальність за рахунок наростання гнійної інтоксикації та формування поліорганної недостатності, яка прискорюється при розвитку бронхіальної та торакальної нориць. З іншого боку лікування хворих за наявності специфічного ураження туберкульозного генезу у значній мірі визначається тривалістю антибактеріальної терапії та прихильністю хворого до її проведення. У свою чергу, ефективність антибактеріальної терапії визначається чутливістю мікобактерій туберкульоз [8, 9]. Відомо, що резистентність до антибактеріальних препаратів постійно поширюється і сьогодні у вперше виявлених хворих сягає 30–33 %, а у лікованих осіб понад 5–6 місяців (вторинна резистентність) — 65–77 % [9]. З огляду на це при зараженні чутливими штамми мікобактерій смертність при емпіємах плеври становить 62,5 %, а при зараженні хіміорезистентними — доходить до 73 % [7].

Клінічна картина емпієми плеври та тяжкість стану хворого зумовлені переходом легеневого туберкульозного процесу на тлі послабленого імунітету на плевраль-

ні листки контактної або за рахунок деструкції легеневої тканини, що супроводжується розвитком піопневмотораксу та подальшим переходом процесу в емпієму плеври. Реакція організму при цьому зумовлена інтенсивним всмоктуванням мікробних ендотоксинів з плевральної поверхні, площа якої сягає 0,5 м², а також реакцією запалення у відповідь. Окрім інтоксикаційного синдрому, хворі на емпієму плеври страждають на дихальну недостатність, яка зумовлена ригідністю легень і її нездатністю повноцінно виконувати вентиляційну функцію. Одночасно з цим розвивається гіпертензія малого кола кровообігу, і, як наслідок, страждає серцево-судинна система.

Найбільш частим ускладненням емпієми плеври буває перехід гострого процесу у хронічний. При останньому обидва листки плеври фіброзуються, перетворюючись у рубцевий каркас, який супроводжується переходом запального процесу, а разом з ним і склеротичного на легеневу паренхіму з формуванням пневмосклерозу та деформуючого бронхіту і на грудну стінку з формуванням фібротораксу і відповідних йому ускладнень [8].

Наступним за частотою ускладненням емпієми плеври буває формування бронхо-плевральної нориці, за наявності якої виживаність знижується на 20–25 %. Нерідко при хронічній емпіємі плеври розвивається флегмона грудної стінки, а разом з нею — торакальна нориця, яка частіше веде до несприятливих наслідків [3].

Оскільки хронічна емпієма плеври є багатокомпонентним захворюванням, хворі такого типу потребують комплексного підходу у лікуванні.

Основним завданням консервативної терапії є найшвидша евакуація гнійних мас з плевральної порожнини, що досягається пункційно або шляхом дренирування. Щодо іншої складової консервативного лікування, медикаментозної терапії, то її головною метою є знезараження інфекційного вогнища, пригнічення запальних та активація репаративних процесів. При введенні антибактеріальних препаратів безпосередньо у вогнище вони інактивуються під дією кислотного середовища гнійних мас, а також впливом хіміорезистентних збудників [10]. При внутрішньом'язовому, внутрішньовенному та внутрішньоорганному методах введення антибактеріальних препаратів спостерігається їхня недостатня ефективність, що можна пояснити недостатньою концентрацією антибактеріальних препаратів у вогнищі інфекції з огляду на їхню відносно швидку елімінацію з організму [5]. Найбільш ефективний спосіб введення ліків у зону запалення — лімфотропний, який санує регіонарну лімфатичну систему та затримує у ній препарати до 72 годин [11]. Проте застоювання лише антибіотиків при емпіємі неможливо, оскільки хронічний процес продовжує свій розвиток у

напрямку фібротизації оточуючих тканин, що веде до їхньої органної недостатності і постійно загрожує реактивації інфекції, рецидиву емпієми і, не виключено, поширенню запалення на прилеглі органи і тканини з формуванням нориць та розвитку амілоїдозу внутрішніх органів та інвалідазації. Єдино можливим методом ліквідувати гнійне осумкування залишається хірургічний. Радикальне втручання за типом плевректомії можливе при відносно молодому віці хворого, належних функціональних резервах хворого.

Актуальність проблеми полягає у необхідності визначитись у кожному конкретному випадку з поширеністю враження плеври та функціональними резервами хворого, що дозволить визначитись з оптимальним обсягом оперативного втручання.

Матеріали і методи

Під нашим спостереженням перебували 13 хворих. Усі належали до осіб чоловічої статі. Вік госпіталізованих знаходився у межах 39–63 років, середній вік становив 48 років. Тривалість захворювання від часу маніфестації процесу до госпіталізації у клініку знаходилася у межах 25–38 днів. Усі хворі палили до 2 пачок цигарок на день. «Помірно зловживали» алкоголем. В анамнезі 9 із обстежених мали в минулому туберкульоз легень, 3 — плеврити. Перелічені чинники можна вважати причиною розвитку емпієми плеври, а наявність тих же чинників та стандартна антибактеріальна терапія, яка у всіх хворих розпочиналась зі значним запізненням (на 6–8 день після маніфестації захворювання) — можна вважати причиною хронізації запалення плеври. Обстеження проводили за загальноприйнятими методиками, у тому числі й променевими та функціональними. На ЕКГ у хворих реєструвались гіпертрофічні зміни міокарду правого шлуночка та передсердь, як наслідок відносно довготривалої гіпертензії малого колу кровообігу. При спірографічному дослідженні відмічались порушення дихання по змішаному типу, мала місце дихальна недостатність II ст. Першим променевим методом діагностики було виконання прямої оглядової і бокової оглядової рентгенографії, що давало змогу запідозрити осумкування плеврального вмісту. Після цього застосовували УЗД, що дозволяло намітити межі осумкувань та точку для проведення плевральної пункції. Остаточним методом встановлення обсягу плеврального осумкування вважали плеврографію з водорозчинною контрастною речовиною у 3 позиціях: прямій оглядовій, боковій оглядовій та лежачи на спині з опущеним головним кінцем. У процесі плевральних пункцій по можливості видаляли максимально гнійний вміст і кількаразово промивали обмежену плевральну порожнину антисептиками (хлоргексидин, декасан). За наявності ознак хронізації плевральної порожнини, яким була значна щільність пристінкового листка плеври та створення вакууму у процесі аспірації гнійного вмісту (3–4 плевральних пункції) за умов відсутності плевро-бронхіальної нориці призначена розроблена методика [11].

Результати

В основі застосованої методики знаходиться комбінований підхід до лікування емпієми плеври базальної

локалізації, яка є типовою для специфічної туберкульозної етіології. Після короткотривалої антисептичної санації порожнини емпієми плеври виконувалась операція.

Екстраплевральна фрагментарна торакопластика є найбільш ефективним методом ліквідації порожнини тубемпієми, особливо коли хворому неможливо виконати плевректомію. Оперативне втручання виконувалось під загальною анестезією з міорелаксантами у положенні хворого на спині чи на протилежному боці залежно від локалізації осумкування. Розріз виконується по передньо-боковій поверхні відповідного гемітораксу у зоні між великим грудним та найширшим м'язами спини. Резекцію 4–5 см 5–6 ребер проводять у паравертебральному та парастернальному відділах. Кількість резектованих ребер залежить від об'єму порожнини емпієми. Після резекції ребер виконували розсічення та кюретаж плевральної порожнини, після чого її дрениують за Субботінім-Бюлау або під'єднують до апарату плевроаспірації, після чого виконують ватно-марлеве компресійне бинтування.

Хірургічне лікування доповнювали лімфотропною терапією антибактеріальними препаратами, що є найбільш ефективним способом доставки ліків та накопичення їх у регіонарному лімфатичному апараті. Лікарські препарати вводяться у випрямляючий м'яз спини на рівні 8–9 міжребрових проміжків протягом 20–21 дня. З огляду на специфічність характеру процесу кількість введень антибактеріальних препаратів не можна збільшувати до 30.

Перспективиподальшихдосліджень. Запропонований спосіб лікування, застосований нами, мав позитивні результати, що дає право рекомендувати його для застосування широкомк практичному загалу торакальних хірургів.

Висновки

Запропонований метод оперативного лікування емпієм плеври за їхньої схильності до осумкування і ризиках щодо проведення плевректомії може бути застосований у комбінації з антибактеріальною лімфотропною терапією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амарантов Д. Г. Клинико-анатомические характеристики острых неспецифических эмпием плевры у населения г. Перми / Д. Г. Амарантов, Р. Р. Барашкова, Е. А. Трофимова // Молодой ученый. — 2016. — № 1. — С. 72–74.
2. EACTS expert consensus statement for surgical management of pleural empyema / M. Scarci, U. Abah, P. Solli [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2015. — Vol. 48 (5). — P. 642–653.
3. Бойко В. В. Гнойные заболевания легких и плевры / В. В. Бойко, А. К. Флорикян // X-Прапор, 2007. — С. 446.
4. Секела М.В. Паліативна торакальна хірургія / М. В. Секела, В. В. Макаров // Львів. — Сполом, 2014. — С. 147.
5. Бойко В. В. Болезнетворная флора при пиопневмотораксе и её чувствительность к антибиотикам / В. В. Бойко, Д. Э. Лопатенко // Харківська хірургічна школа. — 2013. — № 4 (61). — С. 54–56.
6. Light R.W. Update on tuberculous pleural effusion / R.W. Light // Respirology. — 2010. — V. 15. — P. 451–458.
7. Полянский В.К., Савицкий Г.Г., Ковалев В.В. / Диагностика и хирургическая тактика при туберкулезной эмпиеме плевры // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — №5. — С. 118.
8. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври / І. Д. Дужий. — К.: Здоров'я, 2003. — 306.
9. Дужий І. Д. Особливості симультанних втручань з приводу деяких типів хронічного туберкульозного плевриту, поєданого з туберкульозом легень / І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, О. В. Кравець, Г. П. Олещенко, Н. І. Глазунова // Клінічна хірургія. — 2016. — № 1. — С. 50–53.
10. Дужий І.Д., Міщенко Ю.О., Гресько І.Я., Олещенко Г.П., Патент України № 114553, 10.03.2017
11. Патент Дужий І. Д., Гресько І. Я., Голубничий С. О. Спосіб задньо-нижньої екстраплевральної фрагментарної торакопластики / Державна служба інтелектуальної власності України. — № 128576. — 25.09.2018, Бюл. № 18.