

Слепцов А.А., Саввина В.А., Эрдынеев Т.Э., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Зувев А.Л., Колмогоров В.В.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Отделение гнойной хирургии педиатрического центра РБ № 1 НЦМ, кафедра педиатрии и детской хирургии МИ СВФУ им. М.К. Амосова, Якутск

Sleptsov A.A., Savvina V.A., Erdineev T.E., Varfolomeev A.R., Nikolaev V.N., Zuev A.L., Kolmogorov V.V.

THORACOSCOPIC SANATION PLEURAL CAVITY WITH PURULENT INFLAMMATORY LUNG DISEASES IN CHILDREN

Department of purulent surgery Pediatric Center of National Medical Center, Department of Pediatrics and Pediatric Surgery Medical institute of the North – Eastern Federal University, Yakutsk

Резюме

Представлен опыт лечения плевральных осложнений деструктивной пневмонии у детей. Из 46 детей, поступивших с осложненной деструктивной пневмонией, в 92% случаев наблюдались плевральные осложнения: в 35% в виде эмпиемы плевры, в 30% в виде фибриноторака. Отграниченная эмпиема плевры и фибриноторак выявлены у детей, лечившихся в среднем в течение 2-х нед в районных больницах. В этих случаях выполнен торакоскопический пневмолиз с разрушением спаек, вскрытием и санацией полостей, абсцессов, удалением фибрина и последующим дренированием плевральной полости. У всех оперированных 16 пациентов получен положительный результат, продолжительность госпитализации снизилась в 1,5–2 раза: 21 день против 44–68 койко-дней при консервативной тактике.

Ключевые слова: деструктивные пневмонии, плевральные осложнения, эмпиема плевры, фибриноторак, торакоскопия, дети

Abstract

Experience in treatment of pleural complication of destructive pneumonia in children was submitted. Of the 46 children, admitted with pneumonia complicated by the destructive, in 92% cases were typed pleural complications – 35% in the form of pleural empyema, in 30% fibrinotoracs. Delimited pleural empyema and fibrinotoracs found in children, treated for an average of two weeks in district hospitals. In these cases is made thoracoscopic pneumoliz with resolution adhesions, opening and readjustment cavities, abscesses, removal of fibrin and subsequent drainage of pleural cavity. All 16 operated patients have a positive result, length of stay decreased by 1,5–2 times: 21 days vs 44–68 days with conservative tactics.

Key words: destructive pneumonia, pleural complications, empyema, fibrinotoraks, thoracoscopy, children

Актуальность

Несмотря на достижения в лечении гнойно-деструктивных заболеваний бронхолегочной системы у детей, эта проблема до сих пор актуальна. Большая территория Республики Саха (Якутия), отдаленность населенных пунктов от центральных лечебных учреждений, сложная воздушная и транспортная схема, сезонные климатические условия приводят к неснижаемой частоте бронхоплевральных осложнений при бактериальной деструкции легких у детей. Данные осложнения свя-

заны с поступлением детей в стационар с большой давностью заболевания, длительным и не всегда адекватным по тактике лечением в стационарах общего профиля по месту жительства, а также с выработавшейся в процессе лечения резистентностью микроорганизмов.

Общепринятый пункционный метод лечения плевритов и дренирование плевральной полости у детей эффективен лишь в начале заболевания [3]. В фибринозно-гнойной стадии плеврита с большой давностью заболевания пункция и дре-

нирование плевральной полости в большинстве случаев не дают выраженного положительного эффекта. При наличии отрицательной динамики, отсутствии эффекта от длительного консервативного лечения, усугублении проявлений дыхательной недостаточности вследствие хронической гнойной интоксикации и формирования абсцессов полостей показаны санация плевральной полости, пневмолиз или декорткация легкого [1, 2]. Однако следует учитывать, что торакотомия при этом заболевании является весьма травматичной операцией, к тому же высок риск интра- и послеоперационных осложнений.

В условиях нашего региона с учетом частоты бронхоплевральных осложнений у детей с гнойно-деструктивными заболеваниями легких актуален вопрос внедрения эндохирургических операций при лечении пиофиброторакса.

Материал и методы исследования

Проведен анализ больных, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии педиатрического центра с 2004 по 2014 г. с гнойно-воспалительными заболеваниями легких. Всего за этот период поступило 46 детей с деструктивной пневмонией в возрасте от 9 мес до 15 лет. Чаще заболевали дети раннего возраста (58%). Больных лечили в стационарах I–II уровней около 2 нед, им проводили антибактериальную терапию в начале цефалоспорины I–II поколения, затем III поколения, в редких случаях в комбинации с аминогликозидами. 92% больным в связи с явлениями плеврита или пиоторакса установлены плевральные дренажи по Бюлау. В отделении всем детям проводили исследования, включающие рентгенограмму грудной клетки, УЗИ плевральной полости или РКТ легких. Выявленные осложнения при обследовании: пиоторакс – 16 (35%) детей, пиопневмоторакс с бронхоплевральными свищами – 12 (26%) детей, абсцессы легких – 4 (9%) детей, фибриноторакс – 14 (30%) детей.

При выявлении пио- или пиопневмоторакса плевральную полость дренировали по Бюлау, при функционировании активного бронхоплеврального свища плевральную полость дренировали в активном режиме, при отсутствии эффекта у 3-х детей выполнена поисковая окклюзия бронхов с положительным клиническим результатом.

Показанием для более активной хирургической тактики у больных считаем формирование

фибриноторакса: отсутствие клинического эффекта от дренирования, формирование отграниченного гнойно-воспалительного процесса в плевральной полости или абсцесса. 16 (35%) больным выполнен торакоскопический пневмолиз с разрушением спаек, вскрытием и санацией полостей, абсцессов, удалением фибрина и последующим дренированием плевральной полости.

Результаты исследования и их обсуждение

По нашему мнению, наиболее подходящим сроком для торакоскопического пневмолиза с санацией плевральной полости является гнойно-фибринозная стадия формирования фиброторакса на фоне отсутствия эффекта от дренирования – примерно 10–14-е сутки от начала заболевания. На этой стадии только начинает формироваться рыхло-плотный фибрин, и торакоскопическое удаление фибрина, разрушение шварт и полостей приводит к лучшему клиническому эффекту, что можно констатировать при анализе контрольных рентгеновских снимков грудной полости. В более поздних стадиях, свыше 15–21 дней от начала заболевания, на стадии формировавшегося плотного фибрина отмечаются явления плевродеза после перенесенного пиоторакса, разъединение париетальной и висцеральной плевры сопровождается кровотечением, к тому же оно технически наиболее сложно для выполнения и чревато осложнениями. Выполненный в эти сроки торакоскопический пневмолиз в большинстве случаев не приводит к положительному клиническому результату.

В отделении гнойной хирургии педиатрического центра Республиканской больницы №1 Национального центра медицины г. Якутска техника торакоскопического пневмолиза адаптирована к детскому возрасту. Разработаны оптимальные доступы применительно к детям раннего возраста и детям старше 3-х лет.

Первичная ревизия плевральной полости заключается в формировании пространства для дальнейшего осмотра и эвакуации фибрина. После полного удаления фибрина и разделения спаек устанавливали дренажную трубку ближе к диафрагмальному синусу. В большинстве случаев ограничивались оставлением дренажа по Бюлау, но при наличии бронхоплеврального свища дренаж подключали на активный режим. Дренаж по Бюлау удаляли при отсутствии оттока

по трубке примерно на 4-е послеоперационные сутки в зависимости от тяжести заболевания. По данной методике оперированы все дети, рецидивов не было. У всех пациентов отмечались распространенные сращения в плевральной полости разной степени плотности. Выполнение пневмолиза по описанной методике во всех случаях позволило завершить операцию, не прибегая к стандартной торакотомии.

Средняя продолжительность торакоскопической операции составила 65 мин (от 35 до 120 мин). Интраоперационных осложнений не было. У всех больных после операции отмечаются значительная положительная динамика, уменьшение одышки, интоксикации. Менее выраженным был болевой синдром, отмечалось более раннее восстановление дыхания. К концу 2–3-х суток больные практически не жаловались на боли в области послеоперационных ран. По сравнению с консервативной тактикой при гнойных плевритах продолжительность госпитализации снизилась в 1,5–2 раза – 21 день, при консервативной тактике – 44–68 койко-дней.

У всех больных отделяемое из плевральной полости взято на посев. В 43% случаев высеивался золотистый стафилококк, в 26% в ассоциации с грамотрицательной флорой (псевдомонас, энтеробактер). В 57% случаев роста не выявлено, так как больные поступали из других стационаров после антибактериальной терапии.

Таким образом, длительное, более 2-х нед, не всегда адекватное по тактике консервативное

лечение в стационарах общего профиля, а также выработавшаяся в процессе неэффективной антибактериальной терапии резистентность микроорганизмов приводят к гнойно-воспалительным осложнениям плевральной полости в виде фиброторакса. В таких случаях при поступлении в хирургический стационар дренирование плевральной полости не приводит к ожидаемому положительному эффекту. Неэффективность дренирования и наличие гнойно-воспалительной полости являются показаниями для торакоскопического пневмолиза. Наиболее эффективным периодом для торакоскопического пневмолиза является гнойно-фибринозная стадия формирования фиброторакса (10–14-е сутки от начала заболевания).

Выводы

1. Частота гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей за последние 5 лет снизилась на 53,3% (30 детей до 2009 г., 16 детей с 2010 г.).

2. Чаще болеют дети раннего возраста.

3. До настоящего времени основным возбудителем гнойно-воспалительного процесса легких является стафилококк, в половине случаев в ассоциации с грамотрицательной флорой.

4. Своевременно выполненное эндохирургическое вмешательство в случаях формирования фиброторакса и отграниченного абсцесса в плевральной полости позволяет улучшить результаты лечения детей с гнойно-воспалительными заболеваниями легких и сократить длительность стационарного лечения в 1,5–2 раза у данного контингента больных.

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. Давиденко В.Б., Пащенко Ю.В., Давиденко Н.В. и др. Торакоскопические операции при острых деструктивных пневмониях и кистозных аномалиях легких у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012. Т. II, №1. С. 99–100.
3. Разумовский А.Ю., Аллаберганов К.О., Алхасов М.Б. и др. Торакоскопические операции при буллезной форме гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей // Детская хирургия. 2006. №5. С. 4–5.

Авторы

СЛЕПЦОВ Александр Александрович	Заведующий отделением гнойной хирургии педиатрического центра Национального центра медицины г. Якутска. Тел.: 8 (914) 222-88-83.
САВВИНА Валентина Алексеевна	Доктор медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и детской хирургии Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Амосова, главный внештатный детский хирург МЗ РС (Я). Тел.: 8 (914) 225-30-94. E-mail: SavvinaVA@mail.ru.
ВАРФОЛОМЕЕВ Ахмед Романович	Доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии и детской хирургии Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Амосова, заведующий курсом детской хирургии. Тел.: 8 (924) 168-74-09.
НИКОЛАЕВ Валентин Николаевич	Доцент кафедры педиатрии и детской хирургии Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Амосова. Тел.: 8 (924) 360-54-72.
ЭРДЫНЕЕВ Тумен Эрдынеевич	Детский хирург отделения гнойной хирургии педиатрического центра Национального центра медицины г. Якутска. Тел.: 8 (914) 107-79-23.
ЗУЕВ Алексей Леонидович	Детский хирург отделения гнойной хирургии педиатрического центра Национального центра медицины г. Якутска. Тел.: 8 (924) 660-42-60.
КОЛМОГОРОВ Владимир Владимирович	Клинический ординатор кафедры педиатрии и детской хирургии Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Амосова. Тел.: 8 (914) 292-58-13.