

М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, Л. М. Загаба
ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ПАРІЄТАЛЬНОЇ ПЛЕВРЕКТОМІЇ З ДЕКОРТИКАЦІЄЮ
ЛЕГЕНІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПЛЕВРИ

ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»

Вступ. Загальним принципом лікування хворих із хронічними формами випітного плевриту (емпієми плеври, фіксованого колапсу легені — ФКЛ) є ліквідація вогнища інфекційного процесу в плевральній порожнині і реекспансія колабованої легені, тобто ліквідація залишкової плевральної порожнини. До недавнього часу найкращою операцією вважалась “класична” плевректомія з декортикацією легені (ПЕ з ДК) за методикою Delorme з використанням задньо-бокової торакотомії і видаленням парієтальної і вісцеральної плеври (за можливості без розтину емпіємного мішка). Значний прогрес у розвитку волоконно-оптичних технологій, розробка і вдосконалення ендоскопічних інструментів, створення спеціальних торакоскопічних інструментів, адаптованих до анатомії грудної клітки, а також степлер-техніки, зумовили бурхливий розвиток малоінвазивних відеоторакоскопічних втручань.

Мета роботи. Висвітлити результати застосування різних видів ПЕ з ДК: “класичної” ПЕ з ДК, відеоасистованої ПЕ з ДК (ВАТС ПЕ з ДК), відеоторакоскопічної ПЕ з ДК (ВТС ПЕ з ДК) і “класичної” ПЕ з ДК із резекцією враженої патологічним процесом ділянки легеневої паренхіми.

Матеріали і методи. Були проаналізовані результати лікування 144 хворих із хронічним плевритом різної етіології, які знаходились на лікуванні у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики нашого інституту протягом 2006–2013 рр., і яким були проведені різні види ПЕ з ДК. В досліджуваній групі 49 (34,0 %) пацієнтів були прооперовані із застосуванням “класичної” ПЕ з ДК легені з використанням широкої торакотомії, 34 (23,6 %) пацієнта були прооперовані із застосуванням ВАТС ПЕ з ДК легені, в 38 (26,4 %) випадках була проведена ВТС ПЕ з ДК легені і 23 (16,0 %) пацієнтам була виконана класична ПЕ з ДК легені із резекцією враженої патологічним процесом ділянки легеневої паренхіми. В етіології плевральних випотів переважали туберкульозні процеси — 122 (84,7 %) випадки. Із них в 47 (38,5%) випадках була діагностована хронічна тубемпієма без бронхіальної нориці, 8 (6,6 %) хворих були з хронічною тубемпіємою плеври з бронхіальною норицею, хронічний туберкульозний плеврит мав місце в 61 (50,0 %) спостереженні і хворих із субплевральними казеомами було 6 (5,0 %). Неспецифічні хронічні випітні плеврити були діагностовані в 22 (15,3 %) хворих. Із них показаннями до операції були: хронічний неспецифічний панцирний плеврит — 8 (36,4 %) спостережень, хронічна неспецифічна емпієма плеври — 2 (9,1 %) хворих, гостра

неспецифічна емпієма плеври — 3 (13,6 %) спостереження, у 9 (40,9 %) хворих оперативне лікування виконувалось з приводу внутрішньоплевральної гематоми. З них у 6 (66,7 %) пацієнтів було діагностовано нагноєння гематоми внаслідок тупої травми грудної клітки і в 1 (11,1 %) випадку — після виконання верхньої лобектомії зліва. Рівень супутньої патології у досліджуваних пацієнтів склав 57,6 %.

Результати і обговорення. В досліджувальній групі прооперованих хворих ПЕ з ДК була ефективною у 139 (96,5 %) випадках у строках спостереження до 5 років. Найбільша інтраопераційна крововтрата спостерігалася серед хворих, яким була проведена “класична” ПЕ з ДК із резекцією враженої патологічним процесом ділянки легеневої паренхіми (372,4 мл), найменша — серед хворих, що перенесли ВТС ПЕ з ДК легені (96,2 мл), що можна пояснити більшою травматичністю резекції легені з ПЕ з ДК серед усіх хворих. Післяопераційні ускладнення відмічено в 15 (10,4 %) випадках. Найбільш частим ускладненням у ранньому післяопераційному періоді було вповільнене розправлення легені внаслідок просочування повітря через надриви легеневої паренхіми — у 11 (7,6 %) хворих. У таких випадках протягом першої доби ми дотримувались очікувальної тактики. Якщо одразу після операції у плевральній порожнині не утримувався стійкий негативний тиск, протягом першої доби дренажі підключались до клапану за Бюлау, і лише з другої доби застосовувалась активна аспірація плеврального вмісту. В одному випадку після проведеної ВТС ПЕ з ДК легені в ранньому післяопераційному періоді спостерігалась рання фрагментація плевральної порожнини і формування залишкової плевральної порожнини. Пацієнту було проведено дренування за Бюлау, але досягти розправлення легені не вдалось. Через 5 діб хворого було прооперовано повторно — виконана «класична» ПЕ з ДК легені. Інші післяопераційні ускладнення були наступними: синдром Клода-Бернара-Горнера, тривала лімфорія в плевральну порожнину (хілоторакс) на стороні операції, нагноєння післяопераційної рани по одному випадку відповідно. Післяопераційна летальність склала 1,4 %. Після операції померло двоє хворих (Після “Класичної” ПЕ з ДК та після резекція легені з ПЕ з ДК). В обох випадках причиною смерті була тромбоемболія легеневої артерії.

Висновки. Загальна ефективність лікування у нашій клініці даного контингенту хворих склала 96,5 %, рівень післяопераційної летальності становив 1,4 %, післяопераційних ускладнень — 10,4 %.