

**О. В. Сейковський, М. М. Багіров, М. М. Гурмак, М. В. Лукасевич,  
Б. Н. Гвоздьов**  
**ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИХ  
ПЛЕВРОЛЕГЕНЕВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Київська міська клінічна лікарня № 17

Лікування пацієнтів з неспецифічною емпією плеври, на теперішній час, залишається одним із самих складних розділів торакальної хірургії. В останній час ця проблема стала ще актуальнішою у зв'язку з інтенсивним ростом антибіотикорезистентності, зростанням випадків внутрішньо-госпітальної інфекції, високим відсотком інвалідизації та летальності. Не дивлячись на удосконалення діагностики та застосування сучасних методів лікування число вищевказаних ускладнень не мають стійкої тенденції до зниження.

По даним літератури деструктивні пневмонії, гангрені, абсцеси легень часто супроводжуються плевральними ускладненнями (Кабанов А. Н., Ситко Л. А., 1985), результати лікування яких не можна визнати успішними: від 15–20 до 80 % гостра емпієма переходить в хронічну (Козлов К. К., 1983).

Хірургічне лікування емпієми плеври являється складною багатопрофільною проблемою, так як частота летальних випадків при лікуванні різних форм гнійно-деструктивних захворювань легень та плеври за останні десятиріччя досягають від 5 до 30 %.

Все викладене потребує перегляду лікувальної тактики, вдосконалення методів діагностики, розробку схеми лікування, в залежності від результатів діагностики, які дозволяють знизити відсоток летальності та інвалідизації, скоротити терміни перебування в стаціонарі.

*Мета роботи* — підвищення ефективності діагностики та лікування хворих з емпією плеври шляхом вдосконалення методів діагностики, з використанням сучасних ендоскопічних, рентгенологічних засобів, оцінка імунологічних змін з їх корекцією, розробка схем антибактеріального лікування та оптимального комплексу хірургічних втручань.

### Матеріали та методи

За період з 2002 по 2017 у відділенні торакальної хірургії для дорослих клінічної лікарні №17 м. Києва проведено обстеження та лікування 1320 хворих з неспецифічною емпією плеври. Переважаючу кількість хворих склали чоловіки 1088, жінок було всього 232. Вік хворих- від 16 до 78 (табл. 1)

Таблиця 1

#### Вік хворих

15-20 років	21-30 років	31-40 років	41-50 років	51-60 років	61-70 років	старше 70 років	Всього
29	153	257	280	285	214	102	1320

Як видно з таблиці переважна більшість (74 %) хворих були працездатного віку. Основними причинами

розвитку емпієми плеври виявилася важка плевропневмонія (табл. 2)

Таблиця 2

#### Причини розвитку емпієми

Етіологія	Кількість	%
Плевропневмонія	747	56,6
Деструктивна пневмонія, абсцес та гангрена легені	413	31,3
Післяопераційні	55	4,2
Інші причини	105	7,8
Всього	1320	100

Слід зазначити, що остання група хворих виявилась не менш важкою, у зв'язку із складними причинними факторами які призводять до кардіореспіраторної та поліорганної недостатності, сепсису, порушенню функції пошкоджених органів (політравма, пошкодження печінки, гнійні захворювання органів живота, операції на органах грудної порожнини та ін.).

Крім гнійної інтоксикації та недостатності кардіореспіраторної системи погіршення стану у 638 хворих (48,3%) пацієнтів настало у зв'язку із супутніми захворюваннями (табл. 3).

Раннє випорожнення гнійника та розправлення легені створює сприятливі умови для ефективного консервативного лікування емпієми плеври.

Розподіл хворих за наявністю або відсутністю бронхіальних норичь, об'ємом емпіємною порожнини та одно або двобічним ураженням, що значно ускладнювало клінічний перебіг хвороби, представлено в таблиці 3.

Таблиця 3

#### Клінічна класифікація

Без бронхіальної норичі	909	68,9 %
З бронхіальною норичею	411	31,1 %
Тотальна, субтотальна	553	41,9 %
Обмежена	652	49,4 %
Багатокамерна	115	8,7 %
Однобічна емпієма плеври	1219	92,3 %
Двобічна емпієма плеври	101	7,7 %

Для обґрунтування схем раціональної антибіотикотерапії ми проаналізували мікрофлору котра була висіяна в динаміці з моніторингом в певний період часу. Посіви вмісту плевральної порожнини і легень проводились: в день поступлення; в динаміці по ходу лікування; перед видаленням плеврального дренажу. Виявилось, що в момент поступлення у 44% хворих висівається наступна флора: 29 % — *pseudomonas aeruginosa*, у 15 % — інші. Під час інтенсивної терапії у 48 % хворих мікрофлора зникла, у 23 % — не змінилася (хронічна емпієма плеври), у 29 % — з'явилася друга асоціація мікрофлори.

Обстеження хворих в першу добу поступлення виявило наявність тотальної та субтотальної емпієми у 553 хворих (41,9 %), обмежена — у 652 (49,4 %). Двостороннє ураження діагностовано у 101 пацієнтів (7,7%), одностороннє у 1219 (92,7 %).

**Лікування.** Ми вважаємо, що при емпіємах плеври необхідно дотримуватися активної хірургічної тактики.

Методи лікування полягають в наступному: А) проведення ефективного дренивання гнійних порожнин легень і плеври в момент поступлення; Б) забезпечення умов для швидкого розправлення легень; В) ціленаправлена антибактеріальна терапія (загальна та місцева) шляхом внутрішньовенного, внутрішньом'язевого та внутрішньоплеврального введення лікарських препаратів; Г) застосування активних бронхологічних методів лікування; Д) усунення функціональних розладів органів і систем організму, викликаних гнійною інфекцією; Е) проведення дезінтоксикаційної та загальноукріплюючої терапії, для підвищення імунореактивності організму; Ж) лікування супутніх захворювань; З) визначення показань та проведення різних варіантів резекційно-стабілізаційних операцій на легенях, плеврі та грудній стінці.

Вищезазначений комплексний активний підхід абсолютно показаний при всіх варіантах емпієми плеври з ускладненнями і без них. Вибір методів лікування повинен бути строго індивідуалізований при дотриманні наступних обов'язкових лікувальних підходів для всіх госпіталізованих: дренивання, антибактеріальна та дезінтоксикаційна терапія.

Паралельно з інтенсивною медикаментозною терапією варіанти спеціальних методів лікування ми розділили на 2 групи: мініінвазивна хірургія; торакотомія з проведенням резекційно-відновлювальних операцій на легенях, плеврі та грудній стінці.

В таблиці 4 представлені застосовані методи мініінвазивної хірургії.

Таблиця 4

#### Види мініінвазивних втручань

Дренивання плевральної порожнини	846	64,1 %
Полідренивання плевральної порожнини	344	26 %
ВАТС	75	5,7 %
Пункційне лікування	17	1,3 %

Місце пункції ми вибирали ретельно на основі даних перкусії, рентгенографії грудної клітини та ультразвукового дослідження.

Після дренивання проводиться рентгенологічний контроль з контрастуванням дренажу та порожнини. При розповсюджених та тотальних емпіємах, а також коли один дренаж не забезпечує скидання повітря із бронхо-плевральної нориці, що викликає емфізему, інфікує м'які тканини грудної стінки, застосовують додаткове дренивання, що є абсолютним показанням в лікуванні тотальних емпієм, емпієм з бронхіальною норицею, піопневмотораксу, ригідної плеври.

Одночасно з санацією порожнини емпієми необхідно впливати на вогнище гнійної деструкції легень. Для цього порожнину абсцесу (гангрени) додатково дренивали з подальшою місцевою санацією або введенням в

легеню антибіотиків і протеолітичних ферментів до повної облітерації порожнини гнійника.

В сучасній торакальній хірургії для покращення результатів лікування, скорочення термінів перебування в стаціонарі частіше застосовують відеоторакоскопічну техніку. Ми виділили декілька значних моментів, котрі сприяють покращенню результатів лікування емпієми:

попередня санація всієї плевральної порожнини з руйнуванням перетинок, видалення некротичних мас і фібрину;

застосування індивідуалізованого підходу при руйнуванні зрощень, яка дозволяє мінімально травмувати висцеральну плевру ті кровоносні судини, визначення показань для додаткового дренивання осумкованих порожнин та виконання процедури під контролем зору; вибір оптимальних точок для дренивання.

У 38 хворих госпіталізованих з хронічною емпіємою плеври, важкими захворюваннями, які призвели до розвитку нагноєння, після ліквідації гнійно-септичних ускладнень і стабілізації стану застосували різні варіанти складних реконструктивних операцій (табл. 5).

Таблиця 5

#### Види відкритих хірургічних втручань

Плеврбіобектомія	18
Плеврбіобектомія та ушивання стравоходу	1
Плеврпневмонектомія	2
Плевректомія і атипічна резекція легені	7
Плевректомія ушивання нориць резекція ребер	5
Торакопластика, міопластика	1
Резекція культі головного бронху	3
Резекція трахеї	1

При хронічній емпіємі основним показанням до операції вважали наявність ригідної порожнини з бронхоплевральною норицею, яка не піддається зменшенню.

Операцію виконували тільки на стадії ремісії захворювання і після курсу передопераційного лікування. Найбільш складну групу склали хворі з пошкодженням стравоходу, медіастенитом, ускладненнями раніше виконаних операцій на стравоході та легенях (55 хворих).

#### Результати та їх обговорення.

Вірний вибір тактики лікування при гнійно-деструктивних захворюваннях легень, захворюваннях (пошкодженнях) стравоходу з гнійними ускладненнями, ускладненнями після резекції легень та стравоходу, дозволять, не дивлячись на важкість стану хворого, складність проведених повторних втручань на органах груднини, домогтися позитивних результатів у переважній більшості прооперованих. Так, у 36 пацієнтів попередня протизапальна і санаційна терапія завершена шляхом застосування резекційно-відновлювальних операцій, тільки у двох із них виконана плевропульмонектомія, у решті економна резекція.

Чотирьом пацієнтам оперованим з приводу флегмони дна порожнини рота, яка ускладнилася медіастинітом, двосторонньою емпіємою плеври, виконано цервікото-

ракомедіастинотомія з полідренуванням та інтенсивною терапією, що у всіх пацієнтів дав позитивний результат. У одного пацієнта медіастиніт та емпієма плеври розвинулися внаслідок пошкодження грудного відділу стравоходу. Не дивлячись на пізню госпіталізацію, хворому проведено ушивання дефекту стравоходу з полідренуванням. Комплексною терапією не вдалося досягти покращення і хворий помер від поліорганної недостатності.

Найбільш складну групу, з точки зору хірургії, склали хворі, котрі потребували реконструктивної операції після пневмонектомії (4), кардіоезофагіальної резекції (1), торакотомії і медіастинотомії (2). Хворим успішно виконані наступні операції — резекція кульги головного бронху (3) і трахеї (1), торакопластика + м'язова пластика (1), торакотомія, плевроектомія, видалення стороннього тіла (1), плевроробектомія + ушивання нориці стравоходу (1), повторна тораколапаротомія з гастроезофагопластиком та ушиванням бронхіальних нориць (1). Ускладнень серед повторно оперованих не було.

Таблиця 6

## Аналіз результатів лікування

Повне видужання	1051	79,6 %
З покращенням (частковий фіброторакс або невелика залишкова порожнина без дренажу)	145	11 %
Виписані з дренажем	80	6,1 %
Погіршення з летальним наслідком	44	3,3 %

У першій групі хворих (1051) нам вдалося досягти повної ліквідації залишкових порожнин плеври, з переходом деструкції легень в помірно виражений фіброз. У другій групі хворих (145) ліквідовані ознаки деструктивно-запальних захворювань легень та плеври, стабілізовано стан, але зберіглася невелика залишкова порожнина. ВІЛ — інфікованих переводили до профільного центру. Решта мали або складне соматичне захворювання,

або хронічну емпієму плеври з протипоказаннями до операції.

Несприятливі результати спостерігали у 44 (3,3%) хворих (табл. 7).

Таблиця 7

## Летальні наслідки лікування гнійно-деструктивних захворювань легень та плеври

Тотальна емпієма плеври	14
Деструкція легень з емпіємою плеври	6
Двостороння деструкція легень та емпієма плеври	12
Гангрена легень	4
Рак IV ст. та емпієма плеври	5
Пошкодження стравоходу+медіастиніт+емпієма	2
Перитоніт+емпієма плеври+ сепсис	1
Всього	44

Таким чином, аналіз результатів лікування емпієми плеври показали, що дякуючи індивідуалізованому підходу лікування, застосування комплексу мініінвазивних або відкритих варіантів лікування дозволяють отримати одужання або покращення стану у 90,6 % хворих.

## Висновки

Комплексне консервативне лікування з широким застосуванням мініінвазивної хірургії являється ефективним варіантом терапії гострих емпієм плеври.

Хронічні абсцеси та емпієми потребують радикальної резекції з ліквідацією емпієми.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Амарантов Д.Г., Баландина И.А. Опыт использования торакокопии при лечении больных с острой эмпиемой плевры. Эндоскопическая хирургия 2010. — №6.-С.27-31.
2. Авилова О.М., Багиров М.М., Гвоздєв Б.Н. Консервативное лечение острых абсцессов лёгких. Методические рекомендации. Киев 1982; 30с.
3. Бойко В.В., Флорикян А.К. Гнойные заболевания лёгких и плевры. Монография. Прапор, 2007. 576 с.
4. Кабанов А.Н., Ситко Л.А. Эмпиема плевры (лечение на этапах пульмонологической службы). — Иркутск: Изд — во Иркут уп — та, 1985. — 203с.
5. Линник М.І. Діагностика та комплексне лікування емпієми плеври. Автореферат Київ 2004. 18с.