

ОБМЕН ОПЫТОМ

А.А. Шевченко, А.В. Кошевой, Е.А. Кашкаров, В.И. Мотора,
А.В. Мятлик

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГРУДНОЙ СТЕНКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ С БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

УДК 616.25-002.3:616.24-089.87-06

Приведен клинический пример эмпиемы плевры с бронхоплевральным свищом. Показана эффективность коллапсохирургического вмешательства на грудной стенке с целью ликвидации полости эмпиемы и дальнейшего оздоровления пациента при неэффективности классических малотравматичных хирургических методов лечения.

Ключевые слова: бронхоплевральный свищ, эмпиема, торакопластика.

The authors have shown a clinical case of empyema with bronchopleural fistula. The successful implementation of collapse surgical intervention on the thorax to eliminate empyema cavity and further improvement of the patient at the ineffectiveness of classic minimally invasive surgical treatments is demonstrated.

Keywords: bronchopleural fistula, empyema, thoracoplasty.

Введение. В торакальной хирургии наиболее тяжелыми осложнениями, отражающимися на исходах лечения и качестве жизни больного, являются бронхоплевральные свищи и, как следствие, развитие эмпиемы плевры. Наличие бронхоплеврального свища затрудняет лечение эмпиемы плевры, препятствуя созданию отрицательного давления в плевральной полости, необходимого для расправления легкого, способствует формированию остаточной полости. В острую фазу заболевания применяется метод эндоскопического лечения бронхоплевральных свищей клапанной бронхоблокацией [2,3]. В случае хронизации процесса пораженное легкое покрывает висцеральная шварты, не позволяющая расправить легкое. Постепенно толщина шварты увеличивается, при этом легочная ткань замещается соединительной, развивается пневмоцирроз. В данную стадию консервативная терапия неэффективна. Как метод оперативного лечения применяется эмпиоплевроэктомия с декортикацией легкого. Данный вид операции сопровождается травматизацией висцеральной плевры, как следствие, провоцирует формирование свищей,

что также препятствует расправлению легкого. С целью ликвидации остаточной полости при отсутствии тенденции к расправлению легкого и закрытию бронхоплевральных свищей показано выполнение коллапсохирургического вмешательства на грудной стенке — торакомиопластики [1].

Клиническое наблюдение. Больной К., 32 лет, 3.11.09. поступил с клиникой параневмонической эмпиемы плевры справа с бронхоплевральным свищом. Работает докером в морском порту, работа связана с тяжелым физическим трудом. Из анамнеза: у больного в течение 10 лет до поступления был рецидивирующий правосторонний плеврит. В 2002 г. он был расценен как специфический процесс, больной получал лечение противотуберкулезными препаратами в течение 8 месяцев с положительным эффектом. Летом 2009 г. случился очередной рецидив плеврита, реактивация специфического процесса отвергнута. Повышение температуры, слабость, одышка при физической нагрузке послужили причиной обращения больного в ЦРБ, где выполнено дренирование правой плевральной полости, по дренажу выделено до 1000 мл гнойного экссудата. Пациент направлен в специализированное отделение ККБ №1. В отделении проводились антибиотикотерапия, санации полости эмпиемы, физиолечение. На 16-е сут дренаж удален. С положительным результатом лечения в виде разрешения эмпиемы с исходом в плевропневмоцирроз с сухой остаточной полостью на 17-е сут больной выписан из отделения.

Повторная госпитализация была 26.01.10 в ОХТ ККБ №1 с диагнозом хроническая эмпиема справа в стадии

обострения. Выполнено дренирование правой плевральной полости. В течение 50 дней больной получал лечение, имели место признаки бронхоплеврального свища, несмотря на это, достигнут положительный результат. В стадии ремиссии хронической эмпиемы больной выписан на амбулаторный этап для планового оперативного лечения через месяц. Через месяц после выписки, 23.04.10, больной поступил в ОХТ в стадии ремиссии хронической эмпиемы плевры справа с бронхоплевральным свищом. 6.05.15 выполнена операция: торакотомия справа, поднадкостничная резекция 6–8-х ребер, плевроэктомия, декортикация легкого. При торакотомии в связи с костной деформацией реберного каркаса возникла необходимость резекции боковых участков ребер. Декортикация легкого выполнена с техническими трудностями, толщина шварты до 0,7 см, плевроэктомия — по задне-боковой поверхности, крупные дефекты легкого ушиты. В послеоперационном периоде отмечено замедленное расправление легкого в связи с бронхоплевральными свищами. Несмотря на повторные окклюзии дренирующих свищ бронхов на различных уровнях (сегментарные, долевые, промежуточный) легкое не расправилось, сохранялась полость в базально-боковых отделах правого гемиторакса. Дальнейшее лечение консервативное, в состоянии хронической эмпиемы плевры справа с бронхиальными свищами, сухая остаточная полость. Через 119 дней лечения больной выписан (20.08.10.) на амбулаторный этап для дальнейшей коррекции грудной стенки оперативным путем через 2 месяца.

21.10.10 госпитализирован. 9.11.10

КГБУЗ «Краевая клиническая больница №1» им. проф. С.И. Сергеева МЗ Хабаровского края: **ШЕВЧЕНКО Александр Александрович** — к.м.н., торакальный хирург, доцент Дальневосточного гос. мед. университета, aleshev2@yandex.ru, **КОШЕВОЙ Александр Владимирович** — торакальный хирург, akoshevoy1964@yandex.ru, **КАШКАРОВ Евгений Александрович** — торакальный хирург, kashkarovea@mail.ru, **МОТОРА Владимир Ильич** — зав. отделением торакальной хирургии, **МЯТЛИК Антон Витальевич** — торакальный хирург, amyatlik@mail.ru.

выполнено наложение торакастомы с резекцией боковых отрезков 5–7-го ребра с целью открытого ведения полости эмпиемы. 7.12.10 у больного было массивное кровотечение из полости эмпиемы, остановлено консервативным путем. Через 55 дней (15.12.10) госпитализации, после купирования очередного обострения, больной выписан из отделения.

На фоне хронизации эмпиемы правой плевральной полости 31.01.11 больной поступил в ККБ №1 для второго этапа оперативного лечения. Посев на микрофлору полости эмпиемы выявил *Ps. Aeruginosa*. 24.02.11 выполнена торакомиопластика с резекцией грудной стенки справа, закрытие плевростомы. Боковой доступ по 6-му межреберью с иссечением плевростомы, торакотомия продолжена по 6-му межреберью до лопаточной линии. Легкое в ателектазе, покрыто швартой до 0,5 см, остаточная полость распространяется вверх до заднего отрезка 4-го ребра, книзу до 9-го ребра. Выполнена субтотальная резекция с 3-го по 10-е ребро от лопаточной до среднеключичной линии, включая ранее резецированные 6–9-е ребра. Совместно с ребрами удалены межреберные мышцы с плевральной швартой толщиной до 3 см. Частичная резекция 2-го ребра. Мобилизация тела лопатки с последующей резекцией 1/3 ее тела. Иссечение легочной шварты. Мышечные лоскуты фиксированы по краю шварты. Межмышечные пространства в области мобилизации передней группы грудных мышц (большой и малой грудной мышц) дренированы через контра-

пертуры. Наложена давящая повязка на правую половину грудной клетки. Ранний послеоперационный период осложнился пневмотораксом с контрлатеральной стороны, выполнялись пункции, дренирование плевральной полости, осложнение купировано консервативным путем. При заживлении послеоперационной раны формировалась полость серомы в глубоких слоях мышц, которая с течением времени закрылась, свищ послеоперационного рубца зажил. Через 59 дней госпитализации пациент выписан (31.03.11).

Последняя госпитализация была 31.01.12, поступил в связи с открывшимся послеоперационным лигатурным свищом. 8.02.12 выполнено иссечение лигатурного свища, удалена лавсановая лигатура. Заживление раны первичным натяжением. На 42-й день госпитализации (13.03.12) выписан с полным заживлением свища и выздоровлением.

Последнее обследование было в апреле 2015 г.: грудная клетка деформирована вследствие торакопластики, послеоперационные рубцы без признаков воспаления, правое легкое уменьшено в объеме, свободной жидкости в правой плевральной полости нет, инфильтративных изменений в легких нет. Больной здоровлен.

Заключение. Хроническая эмпиема плевры с бронхоплевральными свищами характеризуется длительным лечением, в данном случае более 3 лет, потерей трудоспособности, массивной антибиотикотерапией с расширяющимся спектром устойчивости возбудителя в очаге хронической инфекции

и присоединением госпитальной флоры. Клинический пример показал эффективность коллапсохирургического вмешательства на грудной стенке с целью ликвидации полости эмпиемы и дальнейшего оздоровления пациента при неэффективности классических малотравматичных хирургических методов лечения.

Литература

1. Проценко А.В. / Выбор способа торакопластики при бронхиальном свище и эмпиеме плевры после пульмонэктомии / А.В. Проценко // *Анналы хирургии*. – 2009. – №2. – С. 40–42.
2. Protchenko A.V. Choice of thoracoplasty at the bronchial fistula and empyema after pneumonectomy / A.V. Protchenko // *Annals of Surgery*. – 2009. – №2. – P. 40–42.
3. Шевченко А.А. Первый опыт использования бронхоскопических технологий в лечении туберкулеза лёгких на территории Хабаровского края / А.А. Шевченко, Н.Г. Жила, В.П. Свищунова, И.А. Валуях // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2012. – №1. – С. 116–118.
4. Shevchenko A.A. The first experience of using bronchoscopic techniques in the treatment of pulmonary tuberculosis in the Khabarovsk Territory / A.A. Shevchenko, N.G. Zhila, V.P. Svi-stunova, I.A. Valyuh // *Far East Medical Journal*. – 2012. – №1. – P. 116–118.
5. Шевченко А.А. Случай излечения острой неспецифической эмпиемы плевры с бронхоплевральными свищами при помощи методики клапанной бронхоблокации / А.А. Шевченко, Н.Г. Жила, С.С. Айдырбаев // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2012. – №3. – С. 108–110.
6. Shevchenko A.A. The case of treatment of acute nonspecific pleural empyema with bronchopleural fistulas using techniques valve bronchoblockade / A.A. Shevchenko, N.G. Zhila, S.S. Aydyrbaev // *Far East Medical Journal*. – 2012. – №3. – P. 108–110.

А.Д. Саввина, Т.В. Егорова, Л.О. Маркова, Е.П. Михайлова, Л.В. Прохорова, Н.В. Саввина, М.Д. Говорова

ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ КАК ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

УДК 616-084(571.56)

Ключевые слова: Школы здоровья, здоровый образ жизни, дети.

Keywords: schools of health, healthy lifestyle, children.

ГБУ РС(Я) «Детская городская больница»: САВВИНА Анастасия Дмитриевна – к.м.н., доцент, зав. поликлиникой «ДГБ», 866031@mail.ru, ЕГОРОВА Татьяна Васильевна – аспирант МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, зав. Центром здоровья, tatvasegorova@gmail.ru, МАРКОВА Людмила Олеговна – врач офтальмолог, МИХАЙЛОВА Елена Петровна – врач гастроэнтеролог, ПРОХОРОВА Лена Валерьевна – врач гастроэнтеролог, ГОВОРОВА Мария Дмитриевна – зам. гл. врача по мед части; САВВИНА Надежда Валерьевна – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ.

Ведущим фактором в возникновении отклонений в состоянии здоровья и заболеваний у населения является образ жизни. Формирование установок на здоровый образ жизни (ЗОЖ) у населения необходимо начинать в детском и юношеском возрасте. Следовательно, основные установки на здоровый образ жизни должны закладываться в период обучения детей в школе [1]. Литературные данные сви-

детельствуют о низком уровне мотивации потребности учащихся в здоровом образе жизни [2].

Формирование здорового образа жизни – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья; пропаганду здорового образа жизни; мотивирование детей и подростков к личной ответственности за своё здоровье; разработку индивидуальных подходов по формированию здорового об-