

3. Полянський Б.А. Восстановление брюшной стенки при обширных дефектах методом аутопластики // Вест. хирургии. - 1978. - № 4. - С. 18-22. 4. Янов В.Н. Аутодермальна пластика брюшної стінки при великих післяопераційних грижах // Хирургия. - 1975. - № 7. - С. 78-81.

AUTODERMAL GRAFTING OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

G.P.Shamrei

Abstract. The author has analyzed the results of surgical treatment of 116 patients with ventral hernias of large sizes. These patients have undergone hernial hilus plasty by means of an autodermal strip processed according to V. M. Yanov [1,3]. 78 patients have been examined, the terms ranging from 1 year to 10 years. Hernial relapsing was detected in one female patient (1,3%).

Key words: postoperativ ventral hernia, autodermal plasty.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 21.01.2002 року

УДК: 616.25-002.1-089

*Б.О.Мільков, В.В.Яцків, М.М.Хмелевський, В.П.Сливка,
А.М.Хмелевський., Ю.Д.Лук'ячук*

ЛІКУВАННЯ ЕМПІЄМИ ПЛЕВРИ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. - проф. І.Ю.Полянський)
Буковинської державної медичної академії
Торакальне відділення Чернівецької обласної лікарні

Резюме. Автори діляться своїм досвідом застосування різних методів лікування неспецифічної емпієми плеври, в тому числі в поєднанні її з бронхіальними норичцями.

Ключові слова: емпієма плеври, лікування, бронхіальні норичці.

Вступ. Емпієма плеври є однією з найбільш поширених патологій у торакальній хірургії. Високий рівень захворюваності запальними процесами легень, збільшення резистентності мікроорганізмів до антибіотиків, зростання травм грудної клітки, оперативних втручань на органах грудної та черевної порожнини - все це призводить до розвитку гнійного запалення у плевральній порожнині. У зв'язку з цим, покращання результатів лікування емпієми плеври є актуальною темою.

Мета дослідження. Удосконалити тактику лікування хворих на емпієму плеври на основі аналізу спостережень.

Матеріал і методи. Проведено аналіз результатів лікування 176 хворих неспецифічною емпіємою плеври. Чоловіків було 96, жінок - 80, вік хворих коливався від 16 до 79 років. Тотальна емпієма діагностована у 72 хворих, розповсюджена - у 54, обмежена - у 50 хворих, гостра - у 95 пацієнтів, хронічна - у 81. У 51 випадку мала місце бронхіальна норичця.

При гострій емпіємі плеври застосовувалися пункція та дренування плевральної порожнини, при хронічній - оперативні втручання - декортикація, торакопластика, при бронхіальних норичцях - їх оклюзія.

Результати дослідження та їх обговорення. При гострій емпіємі плеври у випадках невеликої кількості рідкого ексудату достатньо буває плевральних пункцій. Якщо ексудат густий, при розповсюдженій чи тотальній емпіємі необхідно дренування плевральної порожнини, використання активної аспірації. Певне значення має застосування дихальних пристосувань, що підвищують внутрішньобронхіальний тиск. Найбільш простим у використанні є емність, що заповнена рідиною на висоту в 30 см, в яку до дна занурений кінець трубки, а через другий її кінець хворий робить видихи протягом 5 хв 5-6 разів на день. Це сприяє розправленню легень, а також є профілактикою пневмонії.

У 3 хворих на емпієму плеври внаслідок розриву стравоходу проведена операція Торека, дренування плевральних порожнин. У випадках операції Торека, коли не

уражена нижня третина стравоходу, нами накладалася гастростома (езофагостома) шляхом проведення пальцями нижньої кукси стравоходу з грудної порожнини через стравохідний отвір діафрагми в очеревинну порожнину до передньої черевної стінки. У цьому місці робиться маленький розріз її для виведення черевного відділу стравоходу назовні. При цьому методі [2] немає необхідності накладати гастростому шляхом лапаротомії, яка значно збільшує термін оперативного втручання, що є небажаним, особливо для тяжко хворих. Гістологічне дослідження черевної частини стравоходу в однієї хворої, яка померла на 5 добу після операції Торєка внаслідок пневмонії, показало, що кровообіг у куксі стравоходу був збережений. Крім того, у таких хворих зберігається кардіальний жом.

При хронічних емпіємах плеври, коли за допомогою дренивання плевральної порожнини з активною аспірацією та гіпервентиляцією легень з використанням пристроїв, що підвищують внутрішньобронхіальний тиск, не вдається розправити легені, операцією вибору є декортікація або плевректомія. В той же час це не завжди вдається зробити, тому виконується торакопластика. Звичайно це обмежена торакопластика. В окремих випадках доводилось проводити тотальну торакопластику (часом з пульмонектомією) типу Шеде, коли видалялось 8-10 ребер, нижня половина лопатки. Якщо об'єм хірургічного втручання не був уточненим до операції, проводилась торакотомія в IV міжребер'ї і, залежно від розмірів порожнини емпієми, розтин продовжувався в необхідному напрямку. У випадках обширної торакопластики проводились розтини доверху та донизу, при цьому створювався доступ у вигляді літери Н.

При невеликих обмежених емпіємах плеври в осіб літнього віку, коли радикальне оперативне втручання протипоказане, застосовувалась операція Коннорса. Цим методом користувалися також при занедбаних тотальних емпіємах плеври, що поєднувалися з гангренозною деструкцією легень, з множинними бронхіальними норицями, вираженою інтоксикацією. Після резекції 2-3 ребер довжиною 6-8 см проводилася санація плевральної порожнини, видалення секвестру, детриту, фібрину. Це давало змогу зменшити інтоксикацію, покращити стан хворого, підготувати його до радикального оперативного втручання. Звичайно цим хворим необхідно було проводити пульмонектомію з торакопластикою.

Посідання бронхіальної нориці з емпіємою плеври є серйозним ускладненням. Хворі потребують інтенсивної терапії поряд із санацією плевральної порожнини та бронхіального дерева. З метою ліквідації ендобронхіту застосовувалися санаційні бронхоскопії, аерозольотерапія, муколітичні препарати, антибіотикотерапія. Санація плевральної порожнини проводилася за допомогою двопросвітнього дренажу, або двома трубками - біля купола плевральної порожнини та над діафрагмою, через котрі по декілька разів на добу промивалася порожнина розчинами антисептиків та антибіотиків. Якість санації оцінювали за кількістю та характером ексудату з плевральної порожнини, за контролем мікрофлори. Застосовували також візуальний метод за допомогою торакоскопа, що вводився через дренаж і давав змогу неодноразово проводити контроль за ефективністю лікування. Для тимчасової оклюзії бронхів з метою obturaції невеликих бронхіальних нориць, виконували ендобронхіальне пломбування, що давало змогу проводити ефективну санацію плевральної порожнини, а також сприяло ліквідації нориць. Через 6-10 діб, залежно від проявів ендобронхіту, пломба видалялась при повторній бронхоскопії. В окремих випадках необхідна була повторна оклюзія після зменшення ендобронхіту. Завдяки застосуванню тимчасової оклюзії бронхів, в оперативних втручаннях була потреба тільки у 8 з 20 хворих. При норицях великого діаметра у зв'язку із загрозою розвитку емпієми плеври показано оперативне втручання - торакотомія, ліквідація нориці. При нориці правого головного бронха після пульмонектомії нами застосовувалася трансстернальна трансперикардіальна оклюзія бронха [1]. Оклюзію нориці лівого головного бронха після пульмонектомії, як показали наші дослідження, можливо виконувати контрлатеральним-правобічним доступом, що дозволяє менш травматично і швидше, у порівнянні із трансстернальним трансперикардіальним доступом, виділити біфуркацію трахеї, лівий головний бронх, пересікти його і зашити куксу. Цю операцію, розроблену в експерименті А.П.Кузмічовим (1965), в клініці - М.И.Перельманом (1966), звичайно виконують із заднього доступу, нами застосовувався також боковий доступ. Цей метод був використаний у восьми хворих, причому при норицях у п'яти хворих, у двох зі сторонніми тілами лівого головного бронха - в одного - стороннє тіло перемістилося під час операції з правого головного бронха в лівий, у другому - відламок леза ножа знаходився в лівому головному бронху біля каріни і частково в трахеї. В однієї хворої показанням

до контрлатерального доступу була пухлина лівого головного бронха біля каріни.

В одному випадку при трансстернальній трансперикардіальній оклюзії правого головного бронха з приводу його норичі після пульмонектомії застосована система шунт-дихання, якою ми часом користувалися при циркулярній резекції правого головного бронха з приводу раку верхньочасткового бронха. Пов'язано це було з тим, що у хворого неможливо було провести інтубаційну трубку в лівий головний бронх, а виділення задньої стінки кукси бронха було неможливим без повного розтину передньої його стінки. Після цієї маніпуляції - через розтин бронха - відразу в лівий головний бронх введена була стерильна інтубаційна трубка, що дало можливість виділяти стінки центральної кукси бронха, накласти на них шви, крайні з них були відразу зав'язані, а центральні - після видалення інтубаційної трубки. Через місяць після оперативного втручання хворий виписаний у задовільному стані.

Хворі на емпієму плеври, особливо на хронічну, де необхідне оперативне втручання, потребують інтенсивної консервативної терапії, враховуючи ті зміни в організмі, що настають внаслідок інтоксикації. Тому вони мають бути детально обстежені і на цій основі вироблена тактика підготовки до оперативного втручання. Краще, коли цим займаються сумісно хірурги з анестезіологами-реаніматологами.

Висновки.

1. Своєчасна аспірація гнійного ексудату з плевральної порожнини із застосуванням гіпервентиляції легень, що сприяє розправленню легень, на фоні раціональної консервативної терапії дозволяють ліквідувати гостру емпієму плеври.

2. При хронічній емпіємі плеври, коли дренажування з активною аспірацією та гіпервентиляцією легень за допомогою пристроїв, що підвищують внутрішньобронхіальний тиск, не дають ефекту, необхідні відповідні оперативні втручання.

3. Раціональна інтенсивна передопераційна підготовка, а за необхідності операція Коннора, дозволяють підготувати хворого до радикальної, хоч і травматичної операції.

Література. 1. *Богущ Л.К., Травин А.А., Семенов Ю.Л.* Операції на головних бронхах через полость перикарда. - М.: Медицина, 1972. - 207 с. 2. *Способ гастростомии:* А.с. 2743840 СССР, МКИ А 61 В 17/00 / Б.О.Мильков, Н.А.Смирнова, Е.Х.Назаренко, Я.С.Березницкий (СССР). - № 799738; Заявлено 02.04.79; Опубл. 30.01.81, Бюл. № 4. - 2 с.

THE TREATMENT OF PLEURAL EMPYEMA

*B.O.Milkov, V.V.Iackiv, N.M.Chmelevsky,
V.P.Slivka, A.N. Chmelevsky, Y.D.Lukyanchuk*

Abstract. The authors divide with reader by one's own experience of employment different methods of treatment unspecific pleura's empyema and in connecting that with bronchial fistula.

Key words. Pleural empyema, treatment, bronchial fistula.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 25.01.2002 року