

Изобретение относится к области медицины и может быть использовано в хирургии для лечения пострезекционных эмпием плевры с бронхиальным свищем.

Известны способы оперативного лечения эмпиемы плевры, осложненной свищем культи главного бронха после пневмозтомии, заключающиеся в выполнении:

1) корригирующей торакопластики бронхиального свища (Углов Ф.Г., Пуглеева В.П., Яковлева А.М. Осложнения при внутригрудных операциях. - Л.: Медицина, 1966. - 443с.);

2) трансплевральной, трансстеральной, трансплевральной из контрлатерального доступа реампутации культи бронха (Отс О.Н., Бирюков Ю.В., Вронская Л.К. Результаты оперативного лечения эмпиемы плевры после резекции легкого и пневмозтомии // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. - 1991. - №5. - С.45 - 48).

Однако эффективность приведенных способов составляет от 38,1 до 65,8%, а, в случае повторных вмешательств по поводу рецидива бронхиального свища, не превышает 8 - 11%, что является неудовлетворительным показателем в современных условиях; для реализации вышеуказанных способов необходима абсолютная санация полости эмпиемы, что, зачастую, оказывается крайне трудновыполнимой задачей; длительность лечения указанными способами при повторных вмешательствах составляет от 7 до 14 мес в условиях хирургического отделения, что в сочетании с необходимостью применения большого количества дорогостоящих лекарственных препаратов обуславливает значительные материальные затраты на проведение лечения.

Наиболее близким по технической сущности заявляемому является способ хирургического лечения пострезекционной эмпиемы плевры с бронхиальным свищем, включающий выполнение трансплевральной реампутации культи главного бронха с последующей корригирующей торакомиопластикой остаточной плевральной полости (Когосов Ю.А. Повторные резекции легких при туберкулезе. Дисс. ... докт. мед. наук. - К., 1967. - 496с.).

Однако данный способ, оказавшийся достаточно эффективным при первом возникновении заболевания, при рецидивах свища культи бронха обеспечивал излечение лишь в 18,6 - 21,2% случаев; нередко выполнение данного способа при повторных вмешательствах по поводу эмпиемы с бронхиальным свищем в полном объеме не представляется возможным в связи с недостаточной для реампутации длиной культи и гипотрофией межреберных мышц, что затрудняет эффективную миопластику.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствования способа хирургического лечения пострезекционной эмпиемы плевры с бронхиальным свищем, в котором путем механического закрытия бронхиального свища восстановления адекватной трофики в зоне культи бронха, изоляции зоны шва от полости эмпиемы и устранения последней за счет перемещения в грудную полость аутоотрансплантата большого сальника на питающей ножке и корригирующей торакопластики, достигается ликвидация патологического процесса, стойкая ремиссия, частичное восстановление работоспособности и

существенное повышение "качества жизни" пациента после излечения.

Поставленная задача решается тем, что в способе хирургического лечения пострезекционной эмпиемы плевры с бронхиальным свищем, включающем проведение трансплевральной реампутации культи главного бронха и корригирующей торакомиопластики, согласно изобретению, после реампутации культи или выделения зоны бронхиального свища, формирует аутоотрансплантат большого сальника с сохранением питающей ножки, проводят его трансдиафрагмально, закрывают культю бронха или свищевое отверстие при невозможности реампутации культи частью трансплантата с фиксацией последнего узловыми швами и заполняют полость эмпиемы оставшейся частью трансплантата.

Адгезивные, пластические, сорбционные и антимикробные свойства большого сальника позволяют эффективно нейтрализовать отрицательные проявления нарушенной трофики тканей в зоне шва культи бронха и наличия гнойного процесса в полости эмпиемы, тем самым обеспечивая положительный результат хирургического вмешательства.

Способ осуществляют следующим образом. Операцию выполняют две бригады. Первая выполняет заднебоковую торакотомию на стороне поражения; механическим, химическим (применение антисептиков), физическим (ультразвуковая кавитация, ультрафиолетовое облучение) путем производят санацию полости эмпиемы, выделяют из сращения культю бронха и, посредством наложения ушивающего аппарата (УКБ, УО, УКЛ и т.п.) производят ее реампутацию (при невозможности реампутации производят ушивание свища). Рану закрывают стерильным материалом, больного укладывают на спину.

Вторая бригада выполняет верхнесрединную лапаротомию; в зависимости от локализации патологии, с перевязкой сосудов, формируют лоскут большого сальника длиной 50 - 70см с сохранением питающей ножки.

Больного укладывают на бок. Производится повторная обработка плевральной полости раствором антисептика, в переднем реберно-диафрагмальном углу создается отверстие в диафрагме длиной 3 - 4см, через которое дистальный конец сформированного аутоотрансплантата перемещается в плевральную полость. Брюшную полость послойно ушивают, оставляя микроирригатор для введения антибиотиков, рану закрывают асептической наклейкой.

Выведенный в плевральную полость аутоотрансплантат фиксируют узловыми швами, изолируя шов культи бронха от полости эмпиемы, затем заполняют трансплантатом остаточную полость, фиксируя его отдельными швами к плевре во избежание перекручивания. Оментопластику дополняют торакомиопластикой в объеме, необходимом для полной ликвидации остаточной полости, плевральную полость дренируют одним дренажем и ушивают наглухо, производят тугое бинтование с валиками.

Микроирригатор из брюшной полости удаляют на 3 - 4 сутки, тактика послеоперационного ведения раны грудной полости не отличается от таковой после торакопластики.

Пример. Больной К., 48 лет, история болезни №764, поступил в клинику 27.03.95 с диагнозом: эмпиема левой плевральной полости с бронхоплевроторакальным свищем после резекции (многоэтапной) левого легкого по поводу туберкулеза; диссеминированный туберкулез правого (единственного) легкого в фазе инфильтрации, МБТ (+); легочно-сердечная недостаточность I-II ст.

В анамнезе: 12.03.91 - левосторонняя нижняя лобэктомия по поводу туберкулеза; 1994 - реактивация процесса, 26.05.94 - резекция оставшейся части левого легкого по типу пульмонэктомии; в послеоперационном периоде - несостоятельность культи бронха, эмпиема плевры, 17.06.94 - 8-реберная торакопластика слева; в послеоперационном периоде - несостоятельность культи бронха, эмпиема плевры.

Поступил в крайне тяжелом состоянии: гнойно-резорбтивное истощение, кахексия II ст., фебрильная лихорадка, выраженная дыхательная и декомпенсированная легочно-сердечная недостаточность. Начата интенсивная инфузионная терапия, для создания оптимальных условий местной санации 04.04.95 произведена широкая латеральная торакотомия с ушиванием бронхиального свища, функционирование последнего восстановилось спустя 9 суток. В последующем, несмотря на полноценную общую и местную терапию, при достижении компенсации по основным нарушениям гомеостаза, консервативно достигнуть ликвидации свища не удалось. Учитывая предшествующие операции, выполнение традиционного хирургического лечения (торакомиопластики) не представлялось возможным.

11.07.95 больному было выполнено хирургическое вмешательство согласно вышеописанному способу. В послеоперационном периоде наблюдалась тяжелая сердечная слабость, в связи с чем, на фоне интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, не удалось обеспечить адекватное ведение послеоперационной раны, рана нагноилась, швы мягких тканей были сняты и, в последующем, рана велась открытым способом. Тем не менее, восстановления бронхиального свища не произошло, рана очистилась и, спустя 1,5 мес. после операции зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии больной был выписан.

Всего заявленным способом было пролечено 4 больных повторными пострезекционными эмпиемами плевры с бронхиальным свищем. Ранее указанным больным было выполнено 4 - 6 операций, которые оказались неэффективными. В результате лечения у 3 больных достигнута стойкая ремиссия; два из них к настоящему времени переосвидетельствованы ВТЭК со сменой первой группы инвалидности на вторую, 1 больной впоследствии умер по причине, не связанной с хирургическим вмешательством.

Таким образом, предлагаемый способ лечения пострезекционной эмпиемы плевры с бронхиальным свищем, по сравнению с известными, позволяет:

- эффективно излечивать больных с патологией, по поводу которой добиться полноценной ремиссии ранее известными

способами не удавалось;

- избежать рецидивов возникновения бронхиального свища у больных, неоднократно оперированных по поводу пострезекционных эмпием плевры;

- добиться удовлетворительного результата при невозможности реампутации культи бронха;

- обеспечить частичное восстановление трудоспособности излеченных больных.