

## СЪВРЕМЕННИ МЕТОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА РЕЦИДИВИРАЩ ПОСТПУЛМОНЕКТОМИЧЕН ПЛЕВРАЛЕН ЕМПИЕМ

Господин Пейков  
*УМБАЛ „Света Марина”*

Едно от най-тежките усложнения в гръдната хирургия след белодробни резекции е постпулмонектомичният плеврален емпием. Това смъртоносно усложнение най-често се дължи на фистула или инсуфициенция на бронхиалния чукан и зависи от оперативната техника и шевния материал. Със съвременните миниинвазивни начини на лечение и оперативни техники значително намалява дялът на неблагоприятния изход от заболяването. В доклада са представени няколко случая, от 25-годишна практика, за успешно лекувани пациенти с миниинвазивни методи.

**Ключови думи:** постпулмонектомичен плеврален емпием, фистула на бронхиалното дърво, инсуфициенция на бронхиалния чукан, миниинвазивни начини на лечение

## MODERN METHODS OF TREATMENT OF RECURRENT POSTPULMONECTOMY PLEURAL EMPYEMA

Gospodin Peykov  
*University Hospital St. Marina*

One of the most severe complications in thoracic surgery after lung resections is postpulmonectomy pleural empyema. This fatal complication is most often due to fistula or bronchial valve insufficiency and depends on the operative technique and suture material. With modern mini-invasive methods of treatment and operative techniques, the share of the unfavorable outcome of the disease is significantly reduced. I will present several cases from my 25 years of practice as a breast surgeon successfully treated with minimally invasive methods.

**Key words:** postpulmonectomy pleural empyema, bronchial tree fistula, bronchial hammer insufficiency, minimally invasive treatment methods

### **Въведение.**

Премахването на единия бял дроб/пулмонектомия/, лява или дясна, с или без отваряне на перикарда, е белодробна резекция, изискваща преразпределение на кръвта от малкия кръг на кръвообращение в оставащия здрав бял дроб. От друга страна мястото на премахнатия бял дроб се запълва с течност и настъпва фиброторакс. Последващите компенсаторно изместване на медиастинума към оперираната страна, свиването на междуребривата и повдигането на диафрагмалния купол, водят до намаляване на пространството на премахнатия бял дроб. Причините за възникване на едно от най-тежките късни усложнения след пулмонектомия е инфектиране на плевралната течност–постпулмонектомичния плеврален емпием.

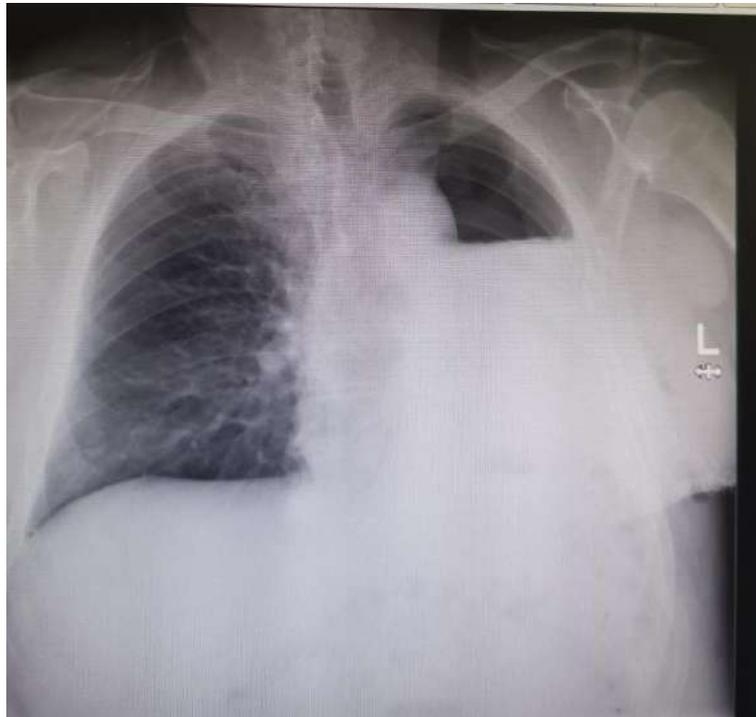
Инфекциозния процес тук най-често е от инсуфициенция или фистула на бронхиалния чукан. Това е пряко свързано с методите на хирургична обработка и шевния материал, както и от състоянието на болния.

При хипопротеинемия чуканът зараства по-дълго. Инфектирането на плевралната кухина може да стане по ендогенен път – хематогенен, лимфен път и др. Това може да стане и екзогенно-през кожата и ятрогенна неправилна пункция.

Целта на настоящия доклад е да се представят три случая, от хирургическата практика на автора и етапите през които преминава лечението.

**Изложение.**

Клиничните случаи са на 2 мъже и 1 жена. Пациентите са на възраст между 62-69 г., с пулмонектомия, заради белодробен карцином от I B до III A клиничен стадий. При единият мъж е вдясно, а при останалите – вляво (Вж. фиг.1. и фиг. 2)



**Фиг. 1. Рентгенография на пулмонектомия вляво при изписване 10-ти постоперативен ден**



**Фиг.2 Рентгенография на пулмонектомия вдясто при изписване 10-ти постоперативен ден**

В първия случай е възникнало шест месеца след лява пулмонектомия по повод плоскоклетъчен карцином на бял дроб T2N1Mo. Провел три курса химиотерапия с цисплатина. При болния не се установява фистула на бронхиалния чукан от бронхологичното изследване. При постоперативната рентгенография не се виждат високо ниво на течността и изместване на медиастинума или бързо изпълване на лява гръдна половина (фиг.3). На контролната графия се вижда изпълване с течност на левия хемиторакс след 45 ден с придръпване на медиастинума и трахеята към оперираната страна, намаляване на междуребрните пространства и високата диафрагма-налице е хермитизъм.



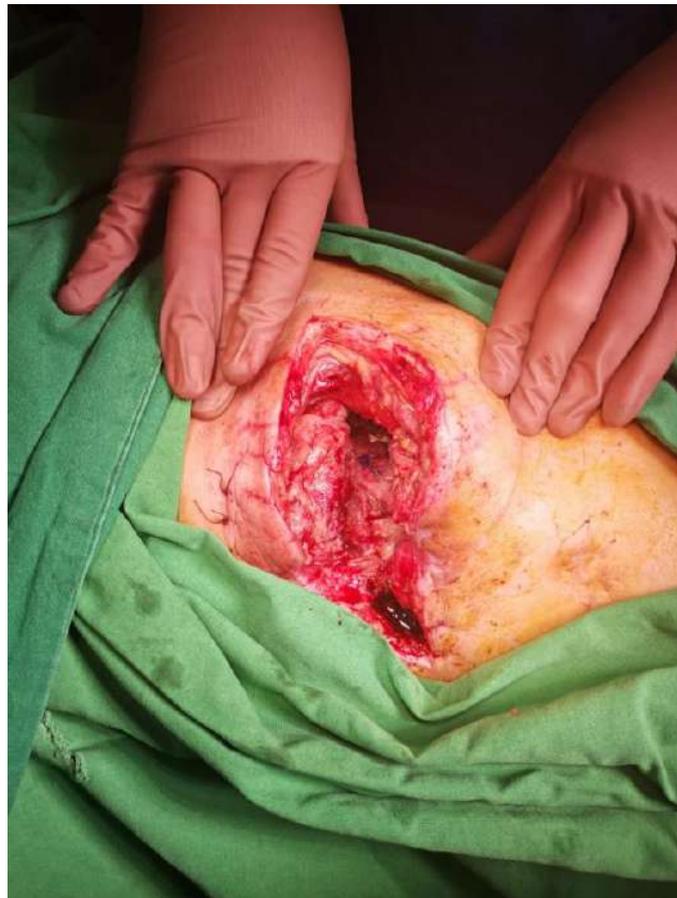
**Фиг.3 Фиброторакс с фенестрация(стрелка) на гърдна стена на скенер**

На шестия месец се забелязва ниво в ляво, адинамия, фебрилитет с белези на сепсис. Пациентът беше приет повторно. Направен е дренаж на плеврата и е евакуирано 1200 мл гной. След овладяване на острия период е приложено дифинитивно лечение. Проведено е оперативно лечение с VATS по метода на Weder-Debridman, обработка с разтвор на йодасепт и тампонада с марлени ленти(фиг.4).



**Фиг.4 Идентификация на хермитизма на бронхиалния чукан през фенестрираната гърдна стена**

Подмяната на напоените ленти с антисептик и дебридмана се повтаря през ден неколkokратно до появата на свежи грануляции. След санирането на кухината се обработи с антисептичен и антибиотичен разтвор и се затвори дефинитивно-пломбира. Така след още пет месеца отново са налице данни за сепсис. Извършена е реторакотомия и запълване на остатъчната кухина след няколко лаважа и дебридман и пластика с оментум. Отново дефинитивно затваряне. След още три месеца отново с белези на сепсис и емпием е намерена малка кухина с диаметър 7x10см и е извършена фенестрация на гръдна стена с резекция на три ребра (фиг 5). Същата се затвори след още шест месеца спонтанно. Направено е пластика на кожата с ламбо с козметична цел (фиг.6). През цялото това време 67-годишният пациент с прекъсвания продължи да пуши.



**Фиг.5 Фиброторакс с гранулиране и самозатваряне на гръдната стена**



**Фиг.6 Предстояща пластика на гърдна стена на базата на самозатворена фенесрация**

По този описан начин на последователност са лекувани и другите двама пациенти. При единия пациент след измиване на плевралната кухина с антисептик се пломбира и други усложнения няма. Проследяван е три години.

Другият пациент е излекуван във втория етап с оментопластика проследяван е две години.

**Заключение.**

Всеки работещ гръден хирург т.е. белодробен хирург, който може да направи белодробна резекция на анатомична част, знае за спецификата за зашиване на бронха, откъдето основно идват усложненията. По време на операция се прави проба за хермитизъм с помощта на анестезиологичния екип- с налягане малко над налягането при кашлица се пробва чукана на белодробната резекция.

При емпием дори и да не се намери фистула, развитието на постпулмологичен емпием 90% е от чукана. Добре е самият шев да се покрие с жива тъкан – било то плевра, перикард, оментум и т.н. при евентуална ревизия. Опитът на хирурга за ранното разпознаване на усложнението е от съществено значение за прогнозата на болния и качеството му на живот.

**Литература:**

1. Гръдна хирургия 2012г под редакцията на проф Д Петров
2. Хирургия 2008г под редакцията на проф Д.Дамянов
3. Schwarz thoracic surgery