



В.В. Макаров

## ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Ключевые слова:** *эмпиема плевры, внутриплевральная протеолитическая терапия*

Оптимальным сроком применения внутриплевральной протеолитической терапии у больных с неспецифической эмпиемой плевры является период до 30 суток с момента формирования ригидной полости, а рекомендованный режим аспирации с вакуум разряжением является 40-50 мм водн. ст.

Применение внутриплеврального протеолитического лечения пациентов с неспецифической эмпиемой плевры имеет более чем полувековой опыт применения. Данная методика впервые была использована в 1949 году [3].

Наиболее часто внутриплевральные протеолитические методики применяются в комплексе мероприятий санации плевральной полости с целью разжижения гнояного содержимого и улучшения его оттока.

По данным ряда исследователей применения данной методики лечения у пациентов с острой эмпиемой плевры в стадии организации экссудата является профилактикой образования плевральных сращений [1,3].

Образование же плевральных сращений приводит к ограничению дыхательной экскурсии лёгких и формированию остаточных полостей, что ведет к развитию ригидного процесса с последующим переходом заболевания в хроническую форму. Традиционным методом лечения подобных клинических ситуаций являются хирургические технологии, которые являются достаточно травматичными [1,4].

Развитие ригидных процессов в плевральной полости наблюдается, как правило, у ослабленных больных. Выполнение у подобных пациентов торакоскопической декорткации легкого бывает невозможной из-за непереносимости объема анестезиологического пособия [5].

Перспективным направлением лечения данных больных является применение локальной внутриплевральной протеолитической терапии как методики воздействия на организовавшиеся фибриновые наложения и спайки в плевральной полости. Оптимальные же сроки применения этого лечения и сегодня окончательно не определены [3].

Важным моментом в эффективности внутриплевральной протеолитической терапии является сочетание данной методики с последующим активным дренированием плевральной полости. Цифры создаваемого разряжения в ригидной полости, которые представлены в доступной литературе, колебались от 20 до 70 мм. водн. ст. [3]. Единого мнения об наиболее эффективном разряжении, которое бы способство-

вало расправлению легкого, но и не вызывало осложнений нами не обнаружено.

**Цель работы** – изучение оптимальных сроков применения внутриплевральной протеолитической терапии и цифр вакуум разряжения в ригидной полости у больных с неспецифической эмпиемой плевры.

### МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 48 пациентов с неспецифической эмпиемой плевры, у которых отмечалось развитие ригидного процесса. Мужчин было 37, женщин – 11. Во всех наблюдениях отмечен односторонний процесс заболевания. Все больные получали комплексную консервативную терапию и были ранее дренированы по поводу острой эмпиемы плевры. У 23 больных сроки заболевания колебались от 11 до 30 суток, они составили первую группу. У 25 пациентов сроки заболевания составили 35-60 суток – вторая группа.

Помимо традиционной терапии у пациентов обеих групп осуществлялось внутриплевральное введение 750 000 ЕД стрептазы. Предварительно при выполнении санации плевральной полости определялся её объём. Стрептаза разводилась в физиологическом растворе объёмом 100-200 мл и вводилась в плевральную полость. Дренаж пережимали на 2-8 часов. После завершения времени экспозиции проводили санацию растворами антисептиков. После чего подключали вакуум аспирацию из плевральной полости с разряжением. В наших наблюдениях внутриплевральное введение стрептазы осуществлялось 4-8 раз. Проводимая терапия у данных больных дополнялась введением антигистаминных препаратов, дезинтоксикационной инфузионной терапией. Полученные данные, обработанные методом вариационной статистики [2].

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациентов на фоне внутриплеврального введения стрептазы отмечалось увеличение плеврального отделяемого в 2-3 раза с хлопьями фибрина. У 17 больных первой и у 18 пациентов второй группы отмечалось повышение температуры тела до 38°C, у 5 - 39°C. Температура постепенно нормализовывалась на 2-3 сутки лечения на фоне комплексной консервативной терапии.

У 8 больных первой группы нами использовалось вакуум разряжение 20-30 мм водн. ст., у 8 пациентов применили вакуум разряжение 40-50 мм водн. ст., у 7 исследуемых – 60-70 мм водн. ст.

При использовании вакуум разряжения 20 - 30 мм водн. ст. у больных отмечалось усиление оттока отделяемого плеврального содержимого, однако только в 2 наблюдениях отмечалось незначительное изменение размера остаточной полости после 3-4 внутривнутриплевральных введений стрептазы. У пациентов с использованием вакуум разряжения 40-50 мм водн. ст. отмечалось усиление оттока отделяемого из плевральной полости и ликвидация остаточной полости либо её значительное уменьшение было достигнуто после 3-4 раз внутривнутриплевральной протеолитической терапии у 5 больных, у 3 пациентов потребовалось 8 введений для ликвидации остаточной полости. Осложнений связанных с проводимым лечением не отмечалось. При использовании вакуум аспирации с разряжением 60-70 мм водн. ст. Ликвидация остаточной полости была достигнута во всех наблюдениях, но у 2 больных отмечалось незначительное внутривнутриплевральное кровотечение, которое было остановлено консервативными мероприятиями.

Таким образом, у больных первой группы, при использовании аспирации с вакуум разряжением 40 - 50 мм водн. ст. на фоне проводимого внутривнутриплеврального введения стрептазы отмечается ликвидация остаточной полости и отсутствие осложнений, связанных с проводимым лечением.

У 8 больных, которых изначально применяли вакуум разряжения 20-30 мм водн. ст., в последующем так же использовали вакуум разряжения 40-50 мм водн. ст. и достигли расправления легкого.

У 25 больных второй группы применили внутривнутриплевральное введение стрептазы с применением аспирации с вакуум разряжением 40-50 мм водн. ст. У 2 пациентов отмечено незначительное уменьшение остаточной полости, у остальных больных ригидная полость оставалась без существенной динамики и после 8 сеансов внутривнутриплевральной протеолитической терапии.

Эффективность данного лечебного подхода у больных первой группы иллюстрирует следующий клинический пример.

Пациентка Л., 34 лет, развитие ригидного процесса в правой плевральной полости осложнило течение острой правосторонней эмпиемы плевры (рис. 1). Больной на 21 сутки образования остаточной полости проведен курс внутривнутриплевральной протеолитической терапии с вакуум аспирацией. На контрольном рентгенологическом исследовании - в правой плевральной полости остаточная полость отсутствует, в нижних отделах спаечный процесс (рис. 2).

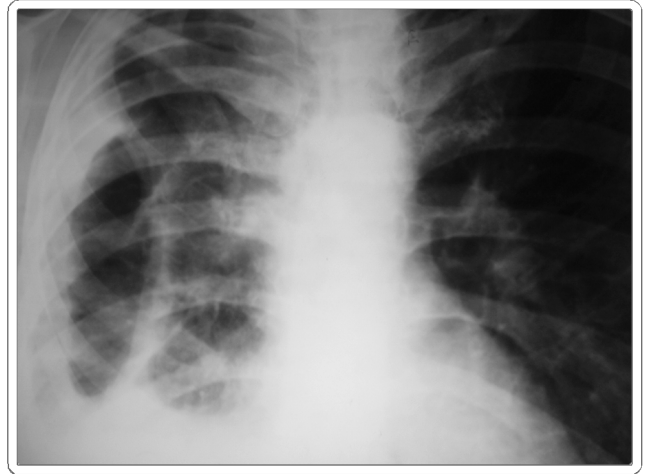


Рис. 1 Больная Л., 34 года. Ригидная остаточная полость в правой плевральной полости.



Рис. 2 Больная Л., 34 года. Контрольный снимок ОГК, после курса внутривнутриплеврального протеолиза. В нижних отделах справа спаечный процесс, полость не определяется.

У 21 больного первой группы благодаря предложенному методу лечения удалось ликвидировать остаточную полость. У 8 пациентов отмечался пристеночно спаечный процесс в месте, где располагалась остаточная полость. Двое больных выписаны с небольшой пристеночной сухой остаточной полостью.

У 23 больных второй группы учитывая неэффективность проводимого лечения, после проведенной подготовки, выполнена декортикация легкого.

Один пациент выписан с сухой остаточной полостью, один больной выписан с дренажем. От оперативного лечения больной отказался.

Применение методики внутривнутриплеврального протеолиза позволила уменьшить сроки пребывания больных первой группы на  $9,5 \pm 0,8$  койко-дня по сравнению с пациентами второй группы.

#### ВЫВОДЫ

Оптимальным сроком применения внутривнутриплевральной протеолитической терапии у больных с неспеци-



фической эмпиемой плевры является период до 30 суток с момента формирования ригидной полости, а рекомендованный режим аспирации с вакуум разряжением является 40-50 мм водн. ст. Данная методика является перспективным направлением в лечении больных с неспецифической эмпиемой плевры.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гнойные заболевания лёгких и плевры / под редакцией профессоров В.В. Бойко и А.К. Флорикяна. - Харьков, "Прапор", 2007 - 576 с.
2. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. - К.:МОРИОН, 2001. - 408 с.
3. Khilnani GC. Fibrinolytic therapy for parapneumonic effusion and empyema. Indian J Chest Dis Allied Sci. - 2002. - Vol. 44, № 3. - p. 81-84.
4. Waller DA. Thoracoscopy in management of postpneumonic pleural infections. Curr Opin Pulm Med. - 2002. - № 8. - p. 323 - 326.
5. Weissberg D., Schachner A. Video-assisted thoracic surgery - state of the art. // Ann Ital Chir. - 2000. - Vol. 71, № 4. - p. 539 - 543.

Поступила 07.04.2008г.

В.В. Макаров

#### **Особливості використання внутрішньоплевральної протеолітичної терапії в комплексі лікувальних засобів при неспецифічній емпіємі плеври**

Найбільш сприятливим терміном використання внутрішньоплевральної протеолітичної терапії у хворих з неспецифічною емпіємою плеври є термін до 30 діб з часу утворення ригідної порожнини, а аспіраційний режим, що рекомендовано при активній аспірації 40-50 мм водн. ст.

**Ключові слова:** неспецифічна емпієма плеври, внутрішньоплевральна протеолітична терапія

V.V. Makarov

#### **Particular features of use of intrapleural proteolytic therapy in complex of medical measures at non specific empyema pleura**

Optimum terms of use of intrapleural proteolytic therapy at patients with non specific empyema pleura are the period till 30 days from the moment of formation of rigid cavity and recommended regimen of aspiration with vacuum run down is 40 - 50.

**Key words:** non specific empyema pleura, intrapleural proteolytic therapy

#### **Сведения об авторах:**

**Макаров Виталий Владимирович**, к.мед.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии Харьковского национального медицинского университета.

#### **Адрес для переписки:**

Макаров Виталий Владимирович, кафедра госпитальной хирургии, ХНМУ, Тел.: (057) 70-20-966