

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

Свирский А.А., Аверин В.И., Махлин А.М., Говорухина О.А., Путик В. В.
Кафедра детской хирургии БГМУ, Детский хирургический центр,
УЗО «1 ГКБ», Минск

Актуальность. Эмпиема плевры, осложнение острой гнойной деструктивной пневмонии, с особой тяжестью течения. Дренаживание плевральной полости, часто оказывается неэффективным: легкие долгое время остаются не расправленными, что являлось причиной деформирующих бронхитов, эмфиземы и прочих проявлений хронических неспецифических заболеваний. Применение видео-ассистированной торакоскопии (ВАТС) позволило снизить частоту данных осложнений. Альтернативой оперативному лечению является своевременное введение в плевральную полость фибринолитиков, для предупреждения образования плевральных наложений, сращений и отграничений с образованием множественных полостей. Важным критерием эффективности лечения эмпиемы плевры являются отдаленные результаты.

Целью работы стало определение оптимального метода лечения эмпиемы плевры у детей, путем комплексного обследования их в отдаленном периоде.

Материалы и методы. Всем пациентам (n=40), получавшим лечение эмпиемой плевры в ДХЦ г.Минска с 2000 по 2012 гг. были высланы приглашения принять участие в обследовании. Пришедшим было предложено ответить на тест опросник Quality of Life-pediatric asthma, адаптированный нами для пациентов, перенесших острую гнойную деструктивную пневмонию. Для объективной оценки состояния детей, были исследованы ОАК, и КЩС крови, показатели ЧСС и ЧД, до и после физической нагрузки, время их восстановления. Учитывая возраст детей, для исследования функции внешнего дыхания им было предложено надуть воздушный шарик. Учитывалось время заполнения шарика определенным объемом воздуха. Для оценки морфологического состояния легких пациентам выполнена КТ органов грудной клетки в ГУ РНПЦ «Мать и дитя».

Результаты и обсуждение. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 4 группы сравнения: группа в которой выполнены только пункции плевральной полости (n=7), дренаживание плевральной полости (n=14), фибринолизис (n=7), видео-ассистированная торакоскопия (n=12, в т.ч. 6 случаев после неэффективного дренажирования). На обследование пришло 20 детей (двое, леченные консервативно, пятеро, после торакостомии, шестеро оперированных, семеро, получавших фибринолитики) в сроки наблюдения от 7 месяцев до 10 лет после перенесенного заболевания. Согласно данным анкетирования следует, что психо-физиологическое состояние трех детей можно определить как хорошее. Эти дети болеют не чаще сверстников.

Одиннадцать детей изредка предъявляют жалобы на одышку во время физических нагрузок и редкие приступы кашля. Состояние этих детей можно определить как удовлетворительное. Пятеро детей часто жалуются на усталость, приступы кашля, одышку при физических нагрузках, чувство сдавленности в грудной клетке. Нередко это вызывает у них агрессию и раздражительность либо апатию. В анамнезе перенесенные частые ОРВИ, бронхиты, повторные пневмонии. Состояние этих детей расценивалось как неудовлетворительное

Четверо детей плохо перенесли нагрузочный тест с длительным (больше 3-5 минут) восстановлением ЧСС и ЧД.

В КЩС артериализированной крови у 16 детей отмечено понижение напряжения кислорода в крови, у трех детей эти показатели были значительно меньше нормы. У восьмерых детей снижена сатурация. У двух был респираторный ацидоз. Изменения показателей ОАК оказались не специфичными, однако средний показатель гемоглобина находился на нижней границе нормы.

При компьютерном исследовании у всех детей выявлено диффузное повышение общей воздушности легочной паренхимы, нежный постпневмонический фиброз. У части детей отмечен деформирующий бронхит, и у одного имеются цилиндрические бронхоэктазы. У четырех детей эмфизема, в некоторых случаях панлобулярная. У одного ребенка визуализируется зона буллезной эмфиземы 24x13 мм, у одного булла размером 22x14 мм. Плевральные наложения и утолщения междолевой либо пристеночной плевры в той или иной степени имеются у всех детей. У 13 детей отмечено расширение пищевода, что является косвенным признаком гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР).

Выводы

1. Эмпиема плевры, осложняющая острую гнойную деструктивную пневмонию у детей, является тяжелым заболеванием с последующими изменениями легких, несмотря на своевременное лечение.

2. Наиболее частыми изменениями являются морфологические нарушения легких и, как следствие, изменение функции внешнего дыхания и КЩС крови. На степень изменений влияет продолжительность и характер воспалительного процесса, как в легких, так и в плевральной полости, а не метод избранного лечения.

3. Наличие признаков ГЭРБ, выявленных в отдаленном периоде у большинства детей, требует активного медикаментозного лечения.

4. Дети, перенесшие деструктивную пневмонию, нуждаются в комплексной реабилитации и длительном наблюдении педиатра, пульмонолога, гастроэнтеролога и хирурга.