

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ПЛЕВРА ЭМПИЕМАСИДА ЎПКАДАГИ ЙИРИНГЛИ-ДЕСТРУКТИВ ЖАРАЁННИ ДАВОЛАШНИНГ ЭНДОВИЗУАЛ УСУЛЛАРИ

Оллабергенов О.Т., Баротов Ф.Т., Теребаев Б.А.
Тошкент давлат тиббиёт университети

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Совершенствование методов и повышение эффективности эндовизуальных вмешательств при острой эмпиеме плевры у детей.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии ТашГосМУ за период с 2017 по 2024 гг. на стационарном обследовании и лечении находилось 126 детей в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст составил $6,06 \pm 0,44$) с острой эмпиемой плевры.

Результаты. Проведенные рандомизированные исследования с целью определения эффективности традиционных и эндовизуальных методов лечения показали, что активное и раннее применение эндоскопических вмешательств с патогенетической обоснованной консервативной терапией при лечении острой эмпиемы плевры является приоритетным направлением в детской хирургии.

Заключение. Полученные результаты указывают на перспективность широкого применения эндоскопических вмешательств, так как они обладают высокой разрешающей способностью и малой инвазивностью.

Ключевые слова: эмпиема плевры, видеоторокоскопия, бронхоскопия, диагностика, лечение, дети.

Болалардаги йирингли–яллиғланишли ўпка касалликларини даволаш натижалари яхшиланганига қарамай, бу муаммо ханузгача долзарблигини йўқотмаган. Бу, аввало, касалликнинг турли босқичларида ўпка тўқимасидаги деструктив ўзгаришларнинг аниқ параметрларини белгилаш мураккаблиги билан боғлиқ. Шунингдек, ҳозиргача беморларнинг диагностикаси, даволаш тактикаси ва хирургик аралашув усуллари борасида ягона фикр мавжуд эмаслиги ҳам қатта аҳамиятга эга. Бу ҳолат нафақат нафас олиш тизимида, балки бутун организмда турли асоратлар ва функционал бузилишларни келтириб чиқаради [1,2,7].

Ўткир плевра эмпиемаси болаларда плевра бўшлиғида кечадиган йирингли–яллиғланиш жараёнининг оғир шакли бўлиб, унинг оғирлиги нафас етишмовчилиги ва кучли йирингли интоксикация билан белгиланади. Касалликнинг авж олиши висцерал ва париетал плевранинг яллиғланиши билан кечади, бу эса нафақат бронх-ўпка тизимида патологик ўзгаришларга, балки бемор ҳаёти учун хавfli бўлган оғир асоратларнинг ривожланишига ҳам сабаб бўлади.

SUMMARY

Objective. To improve the methods and increase the effectiveness of endovisual interventions in the treatment of acute pleural empyema in children.

Materials and methods. In the multidisciplinary pediatric clinic of Tashkent State Medical University, 126 children aged from 1 to 17 years (mean age 6.06 ± 0.44) with acute pleural empyema were examined and treated on an inpatient basis over the period from 2017 to 2024.

Results. Randomized studies conducted to assess the effectiveness of traditional and endovisual methods of treatment have shown that the active and early use of endoscopic interventions combined with pathogenetically based conservative therapy in the management of acute pleural empyema is a priority direction in pediatric surgery.

Conclusion. The obtained results indicate the promising potential of widespread use of endoscopic methods, as they are characterized by high diagnostic accuracy, therapeutic efficiency, and minimal invasiveness.

Keywords: pleural empyema, videothoracoscopy, bronchoscopy, diagnosis, treatment, children.

Плевра бўшлиғида йиринг тўпланиши кўп ҳолларда турли келиб чиқишли яллиғланиш жараёнининг оғир кечиши фонида экссудатнинг инфекцияланиши натижасида юзага келади. Кўплаб тадқиқотчилар таъкидлашича, болаларда ўткир плевра эмпиемасини ташхислаш ва даволаш усуллари такомиллаштирилганига қарамай, касалликнинг йирингли–фибриноз босқичи ёки фибриннинг ташкил топиш босқичига ўтиши ўпка дренаж тизимининг ёпилишига олиб келади. Бу ҳолат эндоскопик санация тадбирларини, плевра бўшлиғини пункция ва дренаж орқали даволашни, шунингдек узок муддатли консерватив ва физиотерапевтик муолажаларни талаб қилади [5,8,9].

Замонавий тиббий технологияларни болалар торакал (кўкрак қафаси) жарроҳлиги клиник амалиётига кенг жорий этилиши бронх-ўпка тизимининг кўплаб йирингли-яллиғланиш касалликларини даволашда самарали бронхоскопик санация ва видеоторакокопик жарроҳлик усуллари илк босқичлардан қўллаш имконини берди. Бу эса, ўз навбатида, оғир ўпка-плевра асоратлари, хусусан ўткир плевра эмпи-

емасининг ривожланишини олдини олишга имкон яратди [3,4,6,10].

Болаларда қўлланиладиган умумэтироф этилган пункцион (тешиш) усуллар касалликнинг бошланғич босқичларида самарали ҳисобланади. Бироқ йирингли-фибриноз босқичдаги плевритда ва касалликнинг узок давом этган ҳолларида плевра бўшлиғини пункция ва дренаж қилиш кўп ҳолларда етарли ижобий самара бермайди.

Агар беморда салбий динамика кузатилса, узок муддатли консерватив даволаш самара бермаса, нафас етишмовчилиги кучайса ва сурункали йирингли интоксикация ҳамда абсцесслар шаклланса, бундай ҳолларда плевра бўшлиғини санация қилиш, пневмоллиз ёки ўпканинг декорткациясини амалга ошириш кўрсатма бўлади.

Шу муносабат билан, мазкур тоифадаги беморларда видеоторакоскопик аралашувларни эрта қўллаш анча самарали ҳисобланади, чунки бу усул ўпканинг ўткир плевра эмпиемаси сурункали шаклга ўтиб кетишининг олдини олади ва жарроҳлик даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилайти.

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ

Болаларда ўткир плевра эмпиемасида эндовизуал жарроҳлик аралашув усулларини такомиллаштириш ва уларнинг самарадорлигини ошириш.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

2017 йилдан 2024 йилгача бўлган давр мобайнида Тошкент давлат тиббиёт университетининг болалар жарроҳлиги клиникасида ўпканинг ўткир плевра эмпиемаси ташхиси қўйилган 1 ёшдан 17 ёшгача бўлган 126 нафар бола (ўртача ёш $6,06 \pm 0,44$) стационар шароитида текширилган ва даволанган.

Ўткир плевра эмпиемасининг жойлашувига кўра, 67 нафар (53,2%) беморда ўнг ўпкада, 57 нафар (45,2%) беморда чап ўпкада, 2 нафар (1,6%) беморда эса икки ўпкада бир вақтнинг ўзида патологик жараён аниқланган.

Ўткир плевра эмпиемаси ташхиси клиник белгилари, кўкрак қафаси рентгенографияси, трансторакал сканлаш, кўп қатламли спирал компьютер томографияси (МСКТ), бронхоскопия ва клиник-лаборатор таҳлиллар натижалари асосида қўйилган бўлиб, бу усуллар орқали касалликнинг босқичи аниқланган.

НАТИЖАЛАР ВА МУҲОКАМА

Болаларда ўпканинг ўткир плевра эмпиемасини жарроҳлик йўли билан даволашда тактика, усул ва амалга ошириш йўлини танлаш маълум қийинчиликлар туғдиради, бу асосан касаллик босқичига боғлиқ бўлади. Йирингли-фиброз ва фибрин ривожланиш босқичидаги ўткир плевра эмпиемасида дастлабки жарроҳлик аралашув сифатида плевра бўшлиғини пункция ва дренаж қилиш амалга оширилади. Бироқ пиопневмоторакс мавжуд бўлганда, пункцияли дренаж усуллари санитар бронхоскопия ва бронх окклюзияси билан бирга ўтказилади.

Плевра бўшлиғини дренаж қилишга кўрсатма

– ундаги патологик суюқлик ёки йирингли экссудат ҳажмининг 100 млдан ортиқ бўлиши ҳисобланади. Биздаги кузатувларда 21 нафар (16,7%) беморда фақат пункцияли дренаж усулларини қўллаш самарасиз бўлиб, етарлича натижа бермади. Бу ҳолат бронхларда йирингли-яллиғланиш жараёнининг кучайиши ва ўпканинг тўлиқ аэрацияланмаслиги билан намоён бўлади.

Плевра бўшлиғини дренаж қилгандан сўнг 4–5-кунларда ўтказилган назорат рентгенографияси ва трансторакал сканлаш натижалари 19 нафар беморда зарарланган томонда ўпканинг коллабрацияланганлигини кўрсатди, бу эса бронхоскопия ўтказиш учун тўғридан-тўғри кўрсатма ҳисобланади.

Бронхоскопиянинг асосий мақсади яллиғланиш жараёнининг хусусиятини ва эндобронхитнинг даражасини аниқлаш, шунингдек бронхлардаги патологик моддаларни тозалашдан иборат эди. Текширув пайтида фақат йирик бронхлар эмас, балки сегментар ва субсегментар бронхлар кириш йўллари ҳам кўздан кечирилди, чунки яллиғланиш жараёни аниқ чегарага эга эмас ва бронх шиллик қаватининг инфилтрацияси ҳамда шиши субсегментар бронхлар даражасига тарқалиши мумкин, у ерда шиллик-йирингли суюқлик тўпланади.

Трахеобронхиал дарахтнинг фаол эндоскопик санацияси ўпкадаги йирингли-деструктив жараённинг кечишига ижобий таъсир кўрсатди, ўпканинг кенгайиши ва ателектазланган паренхиманинг ҳажмини оширди, шунингдек йирингли инфекциянинг бронхоген тарқалишини олдини олди.

Бу жуда муҳим эди, чунки ўткир плевра эмпиемасида кўп учрайдиган йирингли эндобронхит ўпкадаги деструктив жараённинг кучайишига сабаб бўлади.

45 нафар (35,7%) беморда пиоторакс, пиопневмоторакс ва фиброторакс ҳолатларида ўпка ва плевра бўшлиғида йирингли-яллиғланиш жараёнининг сезиларли даражада авж олиши кузатилди. Бу ҳолат болалар организмнинг компенсатор-мослашув имкониетларини сусайишига, шунингдек, гиповентиляция ва ўпка ателектази билан кечувчи оғир нафас олиш бузилишларининг ҳамда бронхоплеврал фистулаларнинг шаклланишига сабаб бўлди.

Бундай беморларда нафас йўлларининг ўтказувчанлигини тўлиқ тиклаш ва бронхларнинг бузилган дренаж функциясини стимуляция қилиш мақсадида бир вақтнинг ўзида санацион бронхоскопия, зарурат бўлганда бронхоокклюзия билан, ҳамда видеоторакоскопия амалга оширилди.

Айни пайтда таъкидлаб ўтиш жоизки, пиопневмотораксли беморларда санацион бронхоскопия бронхоокклюзия билан ўтказилиб, ўткир плевра эмпиемасини комплекс даволашнинг мажбурий таркибий қисми ҳисобланади.

Қўшимча ўтказилган санацион бронхоскопиялар йирик ва сегментар бронхлардан патологик суюқликни аспирация қилишга, шунингдек селектив эндобронхиал лаважни самарали амалга оширишга ёрдам

берди.

Бир вақтнинг ўзида бронхоскопия ва видеоторакоскопик аралашувларни амалга ошириш йиринг-

ли-фиброз ва фибриноз ривожланиши босқичидаги ўпканинг ўткир плевра эмпиемаси билан оғриган беморларда анча самарали экани аниқланди.



Бронхоскопиягача.

Бронхоскопиядан кейин.

Торакоскопик санация жараёнида плевранинг висцерал ва париетал қатламлари юзасидаги фибринли қопламалари олиб ташланди, ўсиб қирганлари алоҳида ажратилиб, дренаж қилинмаган йирингли бўшлиқлар бўшатилади, шунингдек ўпканинг декортикацияси бажарилди. Ушбу аралашувлардан сўнг плевра бўшлиғи дренаж қилинди.

Видеоторакоскопик аралашувнинг ўртача давомийлиги 40-55 дақиқа оралиғида бўлиб, жарроҳлик амалиёти вақтидаги қон йўқотиш 10-25 млдан ошмади. Видеоторакоскопик аралашув якунланганидан сўнг барча ҳолларда санацион бронхоскопия ўтказилиб, беморлар кейин реанимация бўлимига ўтказилди. Видеоторакоскопик жарроҳлик амалиётларидан сўнг барча беморлар биринчи сутка давомида реанимация бўлимида кузатувда бўлишди, шундан кейин асосий бўлимга ўтказилди. Биздаги кузатувларда видеоэндохирургик операцияларни бажариш жараёнида ҳеч қандай асоратлар қайд этилмади.

Болаларда ўпканинг ўткир плевра эмпиемасини кам травматик эндовизуал жарроҳлик усуллари билан даволаш самарадорлиги бир қатор клиник ва инструментал кўрсаткичлар асосида ўрганилди. Ушбу кўрсаткичлар даволашнинг тўғридан-тўғри натижаларини, бажарилган жарроҳлик аралашувларнинг самарадорлигини, шунингдек операциядан кейинги яқин ва узоқ даврда юзага келадиган асоратларни баҳолаш имконини берди.

Асосий эътибор операциядан кейинги эрта даврда асоратларнинг қай даражада ифодаланиши ва уларнинг бемор ҳолатига таъсир кучига қаратилди. Шунингдек, бемор аҳолининг ёмонлашувига олиб келиши мумкин бўлган салбий омилларни аниқлаш, ҳамда юзага келган асоратларни бартараф этиш учун қўшимча даволаш тадбирларига эҳтиёжни баҳолаш муҳим аҳамиятга эга бўлди.

Тўғридан-тўғри даволаш натижаларини таққослашда фақат клиник ҳолат эмас, балки асоратлар ри-

вожланиш хавфига таъсир этувчи бир қатор омиллар ҳам ҳисобга олинди. Б Бу омиллар, айниқса, ўпканинг ўткир плевра эмпиемасининг клиник шакли ва уни келтириб чиқарган асосий сабаблар билан чамбарчас боғлиқ эди.

Юқорида баён этилган таққослама кўрсаткичлар асосида ўпканинг ўткир плевра эмпиемаси билан оғриган болаларни даволаш самарадорлиги клиник маълумотлар ва нурли диагностика усуллари ёрдамида баҳоланди.

Ўткир плевра эмпиемасида трахеобронхиал дархтнинг эрта бронхоскопик санациясини ўтказиш йирингли бронхит ҳолатларида яхши натижаларни берди. Йирингли-фиброз босқичидаги ўпканинг ўткир плевра эмпиемасида икки марта бажарилган санацион бронхоскопия натижасида йирингли эндобронхит муваффақиятли бартараф этилди. Бироқ фибрин ривожланиш босқичида санацион бронхоскопия бир неча марта ўтказилишига тўғри келди.

Бронхоплеврал фистулалар мавжуд беморларда бронхни қисқа муддатли окклюзия билан бирга видеоторакоскопик аралашувларни эрта амалга ошириш 23 нафар (18,2%) ҳолатда яхши натижаларни берди ва уларнинг стационарда бўлиш муддатини ўртача $12,0 \pm 2,0$ кунгача қисқартириш имконини яратди.

ХУЛОСА

Олинган натижалар болаларда ўпканинг ўткир плевра эмпиемасини даволашда эндовизуал, кам травматик жарроҳлик усуллари қўллаш клиник ва иктисодий жиҳатдан мақбул ва самарали эканини кўрсатади. Тадқиқот натижаларига кўра, ўпканинг ўткир плевра эмпиемасини даволаш жараёнида эндоскопик ва видеоторакоскопик аралашувларни патогенетик жиҳатдан асосланган консерватив даволаш билан биргаликда эрта ва фаол қўллаш устувор йўналиш ҳисобланади. Ушбу усулларнинг комплекс қўлланилиши беморларнинг узоқ муддатли клиник натижаларини яхшилади, асоратлар ривожланиши

ва кониқарсиз даволаш натижалари эҳтимолини кескин камайтиради.

АДАБИЁТЛАР

1. Акилов Х.А., Аминов У.С., Амирова З.Ф. Ультразвуковая семиотика бактериальной деструкции легких у детей // Вестник экстренной медицины. – 2017. – № 2. – С. 55-59.
2. Ахмедов Э.А. Мультимодальный подход к лучевой диагностике осложнённых пневмоний у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент. – 2022.
3. Барова Н.К. Оптимизация хирургического лечения легочно-плевральных форм острой деструктивной пневмонии у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар. – 2017.
4. Кайгородова И.Н. Видеоторакоскопия в лечении пиофибриноторакса у детей при бактериальной деструкции легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск. – 2006.
5. Каншин А.С. Диагностика и лечение легочно-плевральных осложнений острой деструктивной пневмонии с применением видеоторакоскопии у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа – 2010.
6. Тараканов В.А., Барова Н.К., Шумливая Т.П., Голосеев К.Ф. и др. Современные технологии в диагностике и лечении острой бактериально-деструктивной пневмонии у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – Т.5. – №1. – С. 50-56.
7. Углонов И.М. Совершенствование методов хирургического лечения острых осложнённых форм бактериальной деструкции лёгких у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент. – 2022.
8. Ahmed A.E., Yacoub T.E. Empyema thoracis // Clin. Med. Insights Circ Respir Pulm Med. – 2010. – Vol. 17. – P. 1-8.
9. Kumar A., Sethi G.R., Mantan M., Aggarwal S.K., Garg A. Empyema thoracis in children: a short term outcome study // Indian Pediatr. – 2013. – Vol.50. – N 9. – P. 879-882.
10. Griffith D., Boal M., Rogers T. Evolution on practice in the management of parapneumonic effusion and empyema in children // Journal of Pediatric Surgery. – 2018. – Vol.53. – P: 644-646.