

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Н. Кроткова

«15» _____ 2023 г.

Регистрационный № 008-0123



**МЕТОД ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННЫХ
МИНИРЕТОРАКОТОМИЙ ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: учреждение образования
«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет», учреждение здравоохранения «Витебская областная
клиническая больница»

АВТОРЫ: к.м.н., доцент Ермашкевич С.Н.; д.м.н., доцент Петухов В.И.;
к.м.н. Кунцевич М.В.; к.м.н. Корнилов А.В.; Иванов А.В.; Кондерский
Н.М.

Витебск, 2023

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод вакуум-ассистированных миниреторакотомий, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов с острым абсцессом легкого.

Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-торакальных хирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с острым абсцессом легкого в стационарных условиях.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Показаниями к применению метода являются следующие клинические варианты острого абсцесса легкого (код по МКБ-10: абсцесс легкого с пневмонией (J85.1), абсцесс легкого без пневмонии (J85.2)):

1. Острый заблокированный абсцесс легкого, расположенный периферически, при неэффективности консервативного лечения;
2. Острый гангренозный (с секвестрацией) абсцесс легкого, расположенный периферически.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

1. Острый абсцесс легкого, расположенный центрально.
2. Острый абсцесс легкого, поражающий всю долю.
3. Острый абсцесс легкого, осложненный распространенной эмпиемой плевры или пиопневмотораксом.
4. Общие противопоказания для выполнения хирургических операций (агональное состояние, нарушения свертывания крови и др.).

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

1. Лекарственные средства для анестезиологического пособия.

2. Лекарственные средства для проведения антисептической обработки операционного поля.
3. Электрохирургический комплекс.
4. Общехирургический набор инструментов.
5. Торакальный хирургический набор инструментов.
6. Стерильные шовный и перевязочный материалы.
7. Гидрофильная пенополиуретановая губка.
8. Вакуумный насос с задаваемыми параметрами аспирации.
9. Стерильные полихлорвиниловые дренажные трубки.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Метод, изложенный в настоящей инструкции, включает три этапа. Схематично технология использования метода представлена на рисунке 1 (см. приложение к инструкции).

I этап. Операцию выполняют под общей анестезией с отдельной интубацией главных бронхов. В зависимости от локализации патологического процесса пациента укладывают на здоровый бок, живот или спину. Над ребром в зоне, расположенной в проекции центрального очага, скальпелем на протяжении 6 см рассекают кожу (рис. 1 А и Б) и подкожную клетчатку (рис. 1 А и Б), тупо и/или остро разделяют и разводят мышцы (рис. 1 А и Б). Вдоль ребра надсекают надкостницу (рис. 1 А и Б), отслаивают ее до верхнего и нижнего краев ребра костным распатором *Farabeuf*. Отделяют надкостницу от внутренней поверхности ребра реберным распатором *Doyen*. На протяжении 4-5 см резецируют участок ребра (рис. 1 А и Б). Через ложе резецированного ребра вскрывают плевральную полость. При этом за счет резекции участка ребра после разведения краев раны создается достаточный доступ для ревизии и санации патологического очага. Для доступа к абсцессу (рис. 1

А и Б) легкого после предварительной пункции рассекают и иссекают прилежащую легочную ткань, являющуюся его наружной стенкой. После хирургической обработки очага инфекции (удаления гноя, некротических тканей и секвестров) полость абсцесса легкого промывают растворами антисептиков. Удаленный участок легочной ткани и секвестры направляют для патогистологического и бактериологического исследования. Через миниторакотомный доступ в имеющуюся остаточную полость укладывают соответствующих размеров и формы пенополиуретановую губку (рис. 1 В). Пенополиуретановая губка должна рыхло заполнять остаточную полость, соприкасаясь со всей зоной остаточного гнойно-некротического поражения. Дренажную полихлорвиниловую трубку (рис. 1 В и Г) диаметром 5-10 мм с 2-3 боковыми отверстиями (рис. 1 Г) на конце проводят внутрь пенополиуретановой губки, фиксируют к ней швом (рис. 1 Г) и выводят через отдельный прокол грудной стенки (рис. 1 В и Г) ниже доступа, фиксируют дренаж швом (рис. 1 В и Г) к коже. Кожу (рис. 1 В и Г) и подкожную клетчатку (рис. 1 В и Г) миниторакотомной раны (рис. 1 В и Г) герметично сшивают одиночными узловыми швами или непрерывным внутрикожным швом (рис. 1 В и Г). На раны накладывают асептические повязки. Дренажную полихлорвиниловую трубку (рис. 1 В и Г) подключают через емкость для сбора жидкости к вакуумному насосу. В системе создают разрежение в диапазоне от -75 до -125 мм рт. ст. Контролируют характер и количество отделяемого по дренажу. Выполняют контрольные рентгенологические исследования органов грудной клетки.

II этап. Смены вакуумной повязки и последующие санации гнойного очага проводят в зависимости от клинической ситуации с периодичностью 2-5 суток через ранее использованный доступ. Операции выполняют под

общей анестезией с отдельной интубацией главных бронхов. Снимают швы с кожи и подкожной клетчатки, после чего разводят края раны. Удаляют пенополиуретановую губку с дренажной трубкой. Проводят оценку размеров остаточной полости и состояния гнойно-некротического очага. При необходимости выполняют некротомию. Полость абсцесса легкого промывают растворами антисептиков. Через миниторакотомный доступ в имеющуюся остаточную полость укладывают соответствующих размеров и формы пенополиуретановую губку. Пенополиуретановая губка должна рыхло заполнять остаточную полость, соприкасаясь со всей зоной остаточного гнойно-некротического поражения. Дренажную полихлорвиниловую трубку диаметром 5-10 мм с 2-3 боковыми отверстиями на конце проводят внутрь пенополиуретановой губки, фиксируют к ней швом и выводят через отдельный прокол грудной стенки ниже доступа, фиксируют дренаж швом к коже. Кожу и подкожную клетчатку миниторакотомной раны герметично сшивают одиночными узловыми швами или непрерывным внутрикожным швом. На раны накладывают асептические повязки. Дренажную полихлорвиниловую трубку подключают через емкость для сбора жидкости к вакуумному насосу. В системе создают разрежение в диапазоне от -75 до -125 мм рт. ст. Контролируют характер и количество отделяемого по дренажу. Выполняют контрольные рентгенологические исследования органов грудной клетки.

III этап. При полном очищении и максимально возможном уменьшении в размерах полости абсцесса легкого во время очередной санации остаточную полость в легком дренируют полихлорвиниловой трубкой диаметром 5-10 мм с 2-3 боковыми отверстиями на конце. Минидоступ послойно закрывают. На раны накладывают асептические повязки. Дренажную трубку подключают через емкость для сбора

жидкости к вакуумному насосу. В системе создают постоянное разрежение в диапазоне от 75 до 125 мм рт. ст. Контролируют характер и количество отделяемого по дренажу. Выполняют контрольные рентгенологические исследования органов грудной клетки. После заживления ран снимают швы. Дренажную трубку удаляют после прекращения отхождения по ней воздуха и отделяемого.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.) на компоненты частей вакуумной повязки. При развитии аллергических реакций на компоненты частей вакуумной повязки лечение с использованием интраторакальной вакуум-ассистированной терапии прекращают, формируют торакоабсцессостому и лечат ее с использованием мазевых повязок.

2. Кровотечение. Незначительное капиллярное кровотечение при сменах вакуумной повязки и в процессе использования отрицательного давления не являются поводом для прекращения лечения с использованием интраторакальной вакуум-ассистированной терапии. При значительном кровотечении систему вакуумной повязки удаляют, проводят поиск источника кровотечения и его остановку общепринятыми методами, возмещают кровопотерю. Формируют торакоабсцессостому и лечат ее с использованием мазевых повязок.

3. Инфекция тканей грудной стенки в зоне минидоступа. При развитии инфекции тканей грудной стенки в зоне минидоступа выполняют хирургическую обработку гнойного очага. Формируют торакоабсцессостому и лечат ее с использованием вакуум-ассистированной терапии или мазевых повязок.

4. Пневмоторакс и эмфизема тканей грудной стенки. При возникновении пневмоторакса выполняют дренирование плевральной полости по общепринятой методике. Эмфизема тканей грудной стенки может возникать в процессе применения метода и не является препятствием для его дальнейшего использования.

5. Экссудативный плеврит и эмпиема плевры могут осложнить течение сопутствующей пневмонии. При возникновении данных осложнений выполняют дренирование плевральной полости по общепринятой методике

Приложение

«Метод вакуум-ассистированных миниреторакотомий при остром абсцессе легкого»

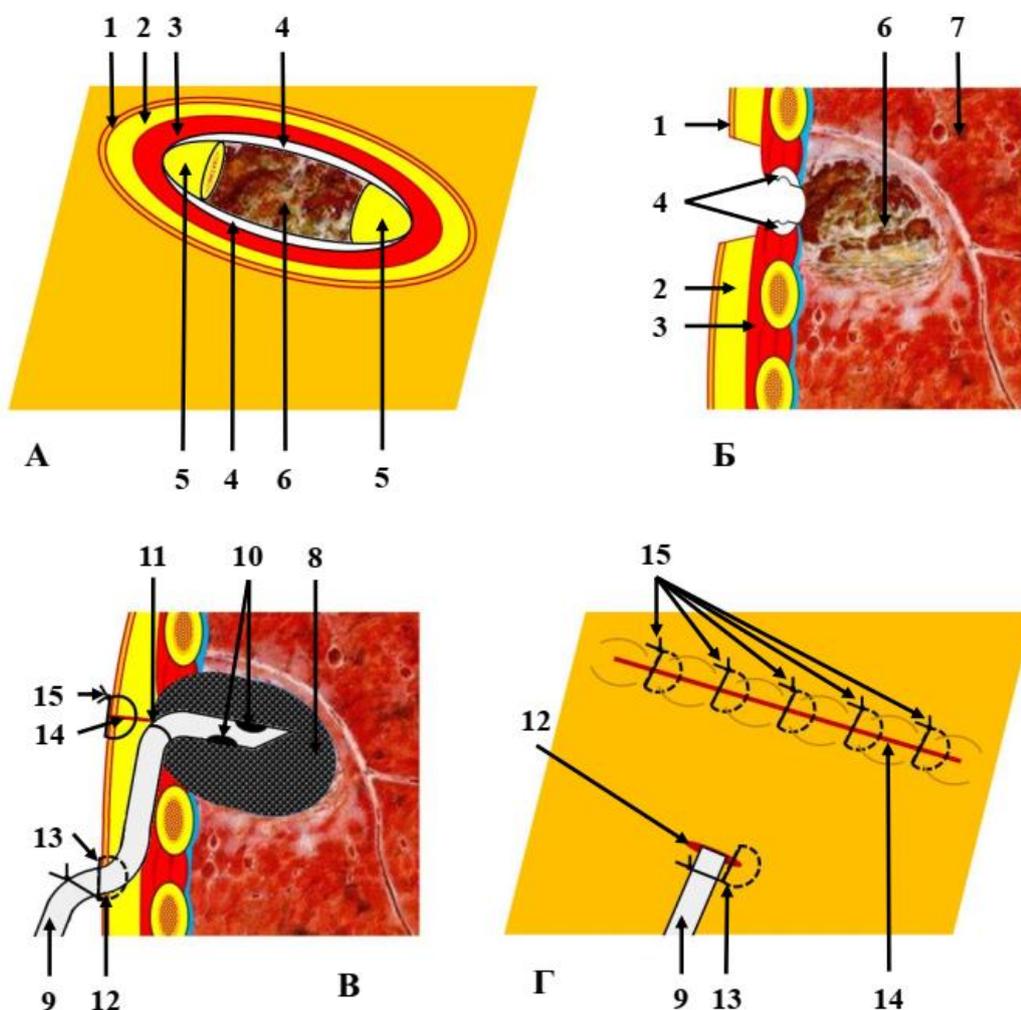


Рисунок 1 – Схема метода: А – доступ к абсцессу легкого, прямой вид, Б – доступ к абсцессу легкого, сагиттальный срез, В – схема установки вакуумной повязки, сагиттальный срез, Г – окончательный вид доступа, 1 – кожа, 2 – подкожная клетчатка, 3 – мышцы, 4 – надкостница ребра, 5 – ребро, 6 – абсцесс легкого, 7 – легкое, 8 – пенополиуретановая губка, 9 – полихлорвиниловая дренажная трубка, 10 – отверстия; 11 – шов, фиксирующий дренажную трубку к пенополиуретановой губке, 12 – контрапертура для дренажной трубки, 13 – шов, фиксирующий дренажную трубку к коже, 14 – послеоперационная рана, 15 – швы на

кожу

Подписано в печать _____. Формат бумаги 64×1/16.

Бумага типографская №2. Ризография. Усл. печ. л. _____.

Уч.-изд. л. _____. Тираж _____. Заказ №_____.

Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский
государственный медицинский университет».

ЛП № 02330/453 от 30.12.2013.

Пр-т Фрунзе, 27, 210023, г. Витебск.