

ОПТИМИЗАЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПЛЕВРОДЕЗА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГИДРОТОРАКСОМ С БЫСТРЫМИ ТЕМПАМИ НАКОПЛЕНИЯ

Аллабердиев Немат Абдушукурович

ВВЕДЕНИЕ

Плевральный выпот — наиболее частое осложнение злокачественных заболеваний. Метастатический плевральный выпот представляет собой запущенную стадию заболевания с потенциально короткой продолжительностью жизни у онкологических больных. Постоянное накопление жидкости в плевральной полости вызывает коллабирование легкого, развитие дыхательной и сердечной недостаточности и требует выполнения частых пункций. С целью предотвращения рецидива плеврального выпота для облитерации плевральной полости актуально выполнение плевродеза.

Материалы и методы. В исследование 2020–2023 гг. включены 18 пациентов, которым был выполнен плевродез в торакальном отделении Самаркандская область. Возраст пациентов: 25–76 лет, средний возраст 56,5 лет. Пациенты распределены на 3 группы по виду манипуляций: в первую группу вошли 5 пациентов, которым применили методику внутриплевральной фотодинамической терапии с применением фотосенсибилизатора; во второй группе 9 пациентам был выполнен плевродез с использованием склерозирующего агента — бетадина; третью группу составили 4 пациента, которым применили коагуляционный плевродез. Во второй группе плевродез выполнен введением раствора Бетадина (20 мл) с 40% раствором глюкозы в соотношении 1/4 (80 мл) на 2 ч с последующим подключением к активной аспирации. Результаты. У всех больных из 1-й группы плевродез эффективен, один пациент скончался от прогрессирования опухолевого заболевания. Средняя продолжительность стояния дренажа составила 8 суток. Осложнение наблюдалось у 1 пациента в виде явлений негерметичности паренхимы легкого. У больных второй группы эффективность плевродеза с Бетадином составила 89%. Аллергических реакций не отмечено. Четверо пациентов скончались от прогрессирования основного заболевания. Неэффективность плевродеза у одного пациента связана с перенесенной лучевой терапией и наличием выраженной сердечной недостаточности. Средняя продолжительность стояния дренажа во 2-й группе составила 7,6 суток. Осложнение наблюдалось

у 1 пациента в виде недостаточного аэроза. Выживаемость варьировалась в зависимости от исходной опухоли, медиана составляет 3, 2 месяцев. В третьей группе средняя продолжительность стояния дренажа составила 4,3 суток, у пациентов коагуляционный термический плевродез был эффективен, и дальнейших пункций не потребовалось. Один пациент скончался от прогрессирования основного заболевания.

ВЫВОДЫ:

1. При верифицированном диагнозе плевродез рекомендовано проводить после 4 циклов полихимиотерапии или у пациентов, находящихся в процессе таргетной терапии продолжительностью не менее 3 месяцев от начала лечения.

2. При отсутствии верифицированного диагноза пациентам показано проведение торакоскопии с биопсией для морфологического заключения с последующим определением методов лечения и показаний к плевродезу.

3. Фактором риска неудачного плевродеза может являться предыдущая лучевая терапия на область грудной клетки.