



А. К. Толстанов

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика

© Толстанов А. К.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Резюме. В статье представлен анализ результатов лечения больных гнойными заболеваниями легких и плевры российских и зарубежных торакальных хирургов. Своевременное направление больных данной категории в специализированный стационар помогает осуществлять оказание адекватной помощи, тем самым снижая количество осложнений и сохраняя качество жизни больных.

Ключевые слова: гнойные заболевания легких и плевры, специализированный стационар, лечение.

Отмечается стойкая тенденция к росту гнойных заболеваний легких и плевры, чему способствуют выработка чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, снижение иммунной резистентности у населения, рост числа хронических обструктивных заболеваний легких, тяжесть течения заболевания, частая хронизация процесса, высокая летальность [1, 7, 16].

Острые легочные нагноения чаще возникают в зрелом возрасте, преимущественно у мужчин, которые болеют в 3-4 раза чаще, чем женщины, что объясняется злоупотреблением алкоголем, курением, большей подверженностью к переохлаждениям, а также профессиональными вредностями.

В 60 % поражается правое легкое, в 34 % – левое и в 6 % поражение оказывается двусторонним. Большая частота поражения правого легкого обусловлена особенностями его строения: широкий правый главный бронх является как бы продолжением трахеи, что способствует попаданию в правое легкое инфицированного материала [7, 17].

Диагноз острого гнойного процесса в легких ставится на основании клинико-рентгенологических данных. Обязательной является рентгенография легких в двух проекциях.

Острые абсцессы и гангрена легких чаще всего вызываются стафилококком, грамотрицательной микробной флорой и неклостридиальными формами анаэробной инфекции; фузо-спириллярная флора, считавшаяся ранее ведущей в этиологии гангренозных процессов в легких, играет второстепенную роль. Среди штаммов стафилококка при острых нагноениях легких наиболее часто обнаруживают гемолитический и золотистый стафилококк, а из грамотрицательной флоры — *Klebsiella*, *E. coli*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*. Из анаэробных микроорганизмов нередко обнаруживаются *Bacteroids melaninogenicus*, *Bac. Fragilis*,

Fusobacterium nucleatum. Обнаружение и идентификация анаэробной флоры представляет значительные трудности, требуют специального оборудования и высокой квалификации бактериолога. Материал для исследования должен быть взят в безвоздушной среде. Лучшим субстратом для этой цели является гной из очагов нагноения [2, 8, 19, 22].

Следует также отметить, что воспалительно-гнойные процессы в легких характеризуются динамизмом, одна форма процесса быстро сменяет другую.

Лечение гнойных больных в торакальной хирургии является одной из сложных комплексных задач. Оно многокомпонентно и многогранно. Включает в себя комплекс мероприятий, направленных на борьбу с возбудителями гнойной инфекции, зачастую с микс-инфекцией, на поддержание общего состояния организма, иммунитета, а главное на поддержание насыщаемости всех тканей кислородом [15, 17, 23].

Все больные гнойными заболеваниями легких должны лечиться в специализированных торакальных хирургических отделениях.

Основу лечения составляют мероприятия, способствующие полному и по возможности постоянному дренированию гнойных полостей в легких. А также антибактериальная терапия, коррекция нарушенных органов и систем. Больным с абсцессами легких выполняют санационные фибробронхоскопии, трансбронхиальную катетеризацию и трансторакальное дренирование полости деструкции. Назначают муко- и бронхолитики, ингаляционную терапию, постуральный дренаж, иммуномодулирующую терапию. При эмпиеме плевры выполняется дренирование плевральной полости. Гнойные полости промываются растворами антисептиков, а для лизиса некротических тканей используют протеолитические ферменты [1, 13, 26].



Дренирование плевральной полости должно обеспечивать постоянное полное удаление вновь образующегося гноя. При неадекватном дренировании гнойный экссудат, скапливаясь ниже дренажной трубки, застаивается в плевральной полости, что мешает купированию явлений гнойного воспаления в плевральной полости, препятствует заживлению свищей, замыкая таким образом порочный круг патогенеза [3-5, 24].

Для санации трахеобронхиального дерева применяют фибробронхоскопию в процессе лечения, в послеоперационном периоде, причем в послеоперационном периоде показания к ней ограничены и устанавливаются только при наличии ателектазов, пневмонии, снижении выраженности кашлевого рефлекса.

Радикальные операции при острых нагноениях легких (лобэктомия, билобэктомия, пневмонэктомия) относятся к категории сложных и опасных. Они чреватые возникновением различных осложнений (эмпиема, бронхиальный свищ, перикардит и др.) [7, 16, 18].

Значительно улучшились результаты лечения гнойных заболеваний легких и плевры при широком использовании для санации, контроля размещения дренажей, плевроролиза видеоторакоскопических технологий [6, 9-11, 15, 18, 25].

В последние годы более широко стала использоваться видеоассистированная торакотомия, которая стала альтернативой торакотомии при многих заболеваниях, в том числе и при лечении эмпиемы плевры. Измайлов Е. П. и соавт. (2011) считают, что при лечении острой эмпиемы плевры наиболее оправданной является видеоассистированная боковая миниторакотомия, выполненная в период от 1-1,5 месяцев после начала развития эмпиемы плевры. Применение подобной тактики позволило у 185 (91,1 %) больных добиться клинического выздоровления и ликвидировать полость эмпиемы плевры [14].

Однако некоторые авторы настаивают на индивидуальном подходе к ведению больных с гнойными заболеваниями легких и плевры.

В послеоперационном периоде и периоде выздоровления, на фоне продолжающейся терапии необходимо начинать занятия лечебной дыхательной гимнастикой. По показаниям их можно начинать на следующий день после операции под руководством врача по специально разработанному комплексу упражнений. Особое внимание уделяется дыхательным упражнениям и активным движениям верхних и нижних конечностей, которые также

способствуют более активному расправлению легочной ткани, более глубоким дыхательным движениям. В особом комплексе упражнений нуждаются больные пожилого возраста и лица, склонные к тромбозу. Массаж мышц нижних конечностей, активные движения не только улучшают общее состояние, оказывают общеукрепляющее действие на организм пациента, но и являются профилактикой тромбоза [7, 12].

При пункционном лечении острой эмпиемы плевры положительный результат, по данным различных авторов, составлял от 12,4 до 64,2 %, при дренировании плевральной полости без активного разряжения — 31,4 %, а при использовании активного разряжения — 54,3 %. При применении открытых торакотомных методик осложнения наблюдались у 10–48 % больных [20]. Ригидный процесс с последующим развитием хронической эмпиемы плевры развивается у 23,8–40,2 % наблюдаемых [21].

Согласно данным некоторых авторов при абсцессах легких больших размеров (более 5-6 см в диаметре) заболевание переходит в хроническую форму у 15-46 % пациентов, а летальность достигает 18-32 %. Результаты консервативного лечения абсцессов также существенно ухудшаются, когда длительность заболевания до поступления в специализированные лечебные учреждения превышает 1 ½–2 месяца. При эмпиеме плевры переход заболевания в хроническую форму отмечается у 8–11 %, а послеоперационная летальность составляет от 3 до 15,7 % [13].

Зачастую исходы гнойных заболеваний легких и плевры зависят от распространенности гнойно-деструктивного процесса и длительности заболевания на момент поступления больных в специализированный стационар. Часть пациентов выписываются с выраженными остаточными изменениями в легочной ткани и плевральной полости, а это может привести к их рецидиву, прогрессированию, присоединению туберкулезной инфекции, циррозу легкого, что требует длительного дальнейшего специализированного наблюдения [13].

Таким образом, от уровня организации и оказания медицинской помощи больным с гнойными заболеваниями легких и плевры зависит качество оказанной помощи и соответственно результаты лечения больных данной категории. Для своевременного оказания квалифицированной помощи необходимо больным с острыми гнойными процессами легких и при подозрении на нагноение направлять в специализированные стационары.



ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамзон О. М.* Местное лечение острых неспецифических эмпием плевры / О. М. Абрамзон // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2003. — № 6. — С. 66–68.
2. *Абрамзон О. М.* Микробиологическая характеристика острых абсцессов легкого и эмпием плевры / О. М. Абрамзон, А. В. Вальшев, О. В. Бухарин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2003. — № 2. — С. 55–59.
3. *Амарантов Д. Г.* Повышение эффективности дренирования полости острой эмпиемы плевры / Д. Г. Амарантов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2008. — № 4. — С. 54–58.
4. *Баландина И. А.* Использование торакоскопии в лечении ограниченных острых эмпием плевры / И. А. Баландина, Д. Г. Амарантов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2009. — № 2. — С. 38–41.
5. *Баландина И. А.* Дренирование плевральной полости при острой эмпиеме / И. А. Баландина, Д. Г. Амарантов // Хирургия. — 2011. — № 2. — С. 33–36.
6. *Возможности торакоскопии при эмпиеме плевры / Л. Н. Бисенков, А. П. Чуприна, Д. В. Гладышев [и др.] : матер. 13-го Нац. конгресса по болезням органов дыхания. — СПб, 2003. — С. 43.*
7. *Гнойные заболевания легких и плевры / [В. В. Бойко, А. К. Флорикян, Ю. В. Авдосьев и др.]; под ред. проф. В. В. Бойко и А. К. Флорикяна. — Х. : Прапор, 2007. — 576 с.*
8. *Лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры под контролем факторов персистенции микроорганизмов / О. М. Абрамзон, О. В. Бухарин, П. П. Курлаев [и др.] // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. — 2004. — Том 163, № 4. — С. 13–16.*
9. *Макаров В. В.* Опыт применения торакоскопических хирургических технологий у больных с острой эмпиемой плевры / В. В. Макаров // Международный медицинский журнал. — 2008. — № 3. — С. 64–66.
10. *Перепелицын В. Н.* Малоинвазивные способы хирургического лечения неспецифической эмпиемы плевры: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Н. Перепелицын. — Пермь, 1996. — 25 с.
11. *Порханов В. А.* Торакоскопическая и видеоконтролируемая хирургия плевры и средостения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. А. Порханов. — М., 1996. — 36 с.
12. *Особенности хирургического лечения больных с хронической эмпиемой плевры / В. В. Бойко, В. В. Макаров, Л. Г. Тарасенко [и др.] : матер. Всеукр. наук.-практ. та навч.-метод. конфер. «Хірургія ХХІ сторіччя» — VI Скліфососфські читання [Актуальні проблеми сучасної медицині: вісник української медичної стоматологічної академії]. — 2011. — Т. 11, Вип. 1 (33). — С. 321–324.*
13. *Отдаленные результаты консервативного лечения гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры / О. В. Баринов, О. Ю. Саенко, А. В. Саламатов [и др.] // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. — 2010. — Том 169, № 3. — С. 63–67.*
14. *Результаты применения видеоассистированной миниторакотомии при лечении острой эмпиемы плевры / Е. П. Измайлов, С. Д. Родин, Т. А. Наумова [и др.] : 21-й Нац. конгр. по болезням органов дыхания. — Уфа, 2011. — С. 101–102.*
15. *Хусейн Х. С.* Эндоскопическая санация на ранних этапах лечения больных эмпиемой плевры: дис. канд. мед. наук / Х. С. Хусейн. — Пермь, 2009. — 106 с.
16. *Черкасов В. А.* Лечение больных эмпиемой плевры / В. А. Черкасов, Х. С. Хусейн // Пермский медицинский журнал. — 2009. — Т. 26, № 2. — С. 15–19.
17. *Шойхет Я. Н.* Лечение острых эмпием плевры / Я. Н. Шойхет, Е. Ф. Цеймах. — Барнаул, 1996. — 238 с.
18. *Ясногородский О. О.* Видеоторакоскопия в комплексном лечении неспецифической эмпиемы плевры / О. О. Ясногородский, А. М. Шулуток, Н. А. Саакян // Эндоскопическая хирургия. — 2001. — № 6. — С. 33–35.
19. *A 10-year experience with bacteriology of acute thoracic empyema: emphasis on Klebsiella pneumonia in patients with diabetes mellitus / K. Y. Chen, P. R. Hsueh, Y. S. Liaw [et al.] // Chest. — 2000. — Vol. 117, № 6. — P. 1685–1689.*
20. *Cameron R. J.* Management of complicated parapneumonic effusion and thoracic empyema / R. J. Cameron // Int. Med. J. — 2002. — Vol. 32. — P. 408–414.
21. *Colice G. L.* Medical and surgical treatment of parapneumonic empyema / G. L. Colice, A. Curtis, J. Deslauriers // Chest. — 2000. — Vol. 118. — P. 1158–1171.
22. *Hamm H.* Parapneumonic effusion and empyema / H. Hamm, R. W. Light // Eur. Respir. J. — 1997. — № 5. — P. 1150–1156.
23. *Le Mense G. P.* Empyema thoracis. Therapeutic management and outcome / G. P. Le Mense, C. Strange, S. A. Sahn // Chest. — 1995. — № 5. — P. 1532–1537.
24. *Munnell E. R.* Thoracic drainage / E. R. Munnell // Ann. Thorac. Surg. — 1997. — № 5. — P. 1497–1502.
25. *Pathogenesis of pleural fibrosis / S. E. Mutsaers, C. M. Prele, A. R. Brody, S. Idell // Respiriology. — 2004. — Vol. 9. — P. 428–440.*
25. *Reich J. M.* Pulmonary gangrene and the air crescent sign / J. M. Reich // Thorax, 1993. — Vol. 48. — P. 70–74.



ОПТИМІЗАЦІЯ НАДАННЯ
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ
ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА
ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
ЛЕГЕНЬ І ПЛЕВРИ

О. К. Толстанов

Резюме. У статті представлено аналіз результатів лікування хворих на гнійні захворювання легень і плеври російських і зарубіжних торакальних хірургів. Своєчасне направлення хворих даної категорії у спеціалізований стаціонар допомагає здійснювати надання адекватної допомоги, тим самим знижуючи кількість ускладнень і зберігаючи якість життя хворих.

Ключові слова: *гнійні захворювання легень і плеври, спеціалізований стаціонар, лікування.*

OPTIMIZATION OF
SPECIALIZED CARE TO
PATIENTS WITH PURULENT
DISEASES OF LUNGS
AND PLEURA

A. K. Tolstanov

Summary. The paper presents an analysis of the results of treatment of patients with purulent diseases of the lung and pleura Russian and foreign Thoracic Surgeons. Timely referral of patients in this category to a specialized hospital helps to carry out the provision of adequate care, thereby reducing the number of complication sand preserving the quality of life of patients.

Key words: *purulent disease of the lungs and pleura, a specialized hospital, treatment.*