

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГАНГРЕНЫ И ГАНГРЕНОЗНОГО АБСЦЕССА ЛЕГКИХ

А.К. Флорикян, В.С. Бижско, В.В. Куринной

**Военно-медицинский клинический центр Северного региона
Харьковская медицинская академия последиplomного образования
Харьков, Украина**

Изложены вопросы патогенеза распространенной гангрены и гангренозного абсцесса легких. Приведены примеры лечения.

Ключевые слова: распространенная гангрена легких, гангренозный абсцесс легких, санационная бронхоскопия, нозотрахеобронхиальное дренирование.

Введение

Патогенез и лечение распространенной гангрены и гангренозного абсцесса легких до настоящего времени является одной из неразрешенных, дискуссионных и сложных проблем пульмонологии и торакальной хирургии.

Материалы и методы лечения

Анализу подвергнуто 108 больных, из которых у 74 диагностирован гангренозный абсцесс, а у 34 — распространенная гангрена.

Результаты исследования и их обсуждение

Большинство хирургов считают, что гангренозный абсцесс является осложнением абсцесса легкого, поэтому нет необходимости ее включать в классификацию острых неспецифических нагноительных заболеваний легких (ОНЗЛ) как отдельную нозологическую форму заболевания.

На основании клинических, лабораторных, морфологических исследований, в том числе и электронной микроскопии мы пришли к заключению, что отличительной особенностью между острым гнойным абсцессом и гангренозными формами легочных нагноений являются четыре фактора:

I. Внутрилегочное распространение нагноительного процесса. Если при неосложненном абсцессе легкого нагноительный процесс распространяется эндобронхиально, то при гангренозных заболеваниях наряду с этим — перибронхиально, периваскулярно. При гангренозном абсцессе легочное нагноение все же имеет склонность к ограничению в долях, при распространенной гангрене — нагноительный процесс преодолевает все легочные «барьеры» и по прикорневым крупным бронхам и сосудам распространяется на соседние доли, т.е. в патологический гнойно-некротический процесс вовлекается все легкое.

II. Характеристика микробиологического пейзажа. В возникновении и развитии бактериальных деструкций легких и осложнений важную роль играют неспорообразующие анаэробы, которые идентифицируются, по нашим наблюдениям, в 62-83%. Рекомендуем для выявления неспорообразующих анаэробов применение метода газожидкостной хроматографии (ГЖХ), основанной на определении летучих жирных кислот, являющихся конечными продуктами метаболизма беспоровых анаэробов.

III. Патофизиологические нарушения, возникающие в легких и жизнеобеспечивающих системах организма. В отличие от неосложненного абсцесса, при гангренозном абсцессе и в большей степени при распространенной гангрене возникает каскад патофизиологических нарушений, в основе которых лежат микроциркуляторные изменения, вплоть до микротромбозов; нервнорефлекторные нарушения — спазм бронхиол, мелких сосудов, которые, наряду с другими факторами, усиливают микротромбообразование, гипоперфузию легочной ткани, альвеол; вследствие гуморальных нарушений легкое теряет свойства не только синтезировать, но и регулировать циркулирующие в кровяном русле серотонин, гистамин, гепарин, катехоламины, кинины, АКТГ; неполный распад в легком белков, жиров, форменных элементов крови с накоплением олигопептидных соединений, продуктов аутолиза, межучточных и конечных токсинов приводит к альтерации эндотелия сосудов, эпителия альвеол; разрушение пневмоцитов II типа приводит к отеку, нарушению

синтеза, разрушению и смыву сурфактанта легкого — первого экзогенного барьера альвеол; происходит угнетение эритропоэза в костном мозге; нарушение функции вилочковой железы, «стажировки» в ней факторов клеточного, гуморального иммунитета, синтеза гормона тималина; изменяются свертывающая и антисвертывающая системы и др. В целом указанные патофизиологические изменения в организме приводят к потере легкого как органа газообмена, терморегуляции, иммунитета, гуморального, депо крови. Легочная ткань становится питательной средой для микробов, в ней прогрессирует лизис и некроз. Таким образом, при гангренозных процессах возникают совершенно новые формы заболевания, основу которых составляют не только местные гнойно-септические очаги, но и полиорганная недостаточность с вовлечением в патологические процессы все жизнеобеспечивающие системы организма.

IV. Особенности регенерации разрушений легочной ткани. Вопросы восстановления разрушенного альвеолярного дерева после гнойно-деструктивных заболеваний легких, регенерации легочной ткани, возможности обратимости склеротических изменений в литературе рассматриваются в единичных и весьма противоречивых исследованиях. Нами выявлено: наиболее выраженные нарушения концевых легочных структур (сурфактант, эпителий, альвеолы, пневмоциты I, II типа) наблюдаются на 2-3 неделе после заболевания; при благоприятном течении неосложненного абсцесса легкого происходит обратимость вышеописанных нарушений, и через 6 месяцев на месте локализации бывшего процесса обнаруживаются новообразованные альвеолы, состоящие из пневмоцитов II типа. Лазерное облучение малой мощности ускоряет репаративные процессы. Но полного восстановления многообразной функции легкого не происходит. На месте бывшего нагноения в связи с нарушением иммунных процессов образуется очаг сенсibilизации, склонный к рецидивам воспалительного процесса. При гангренозном абсцессе, даже при благоприятном исходе заболевания-регенерации концевых легочных структур не наблюдается; возникают склеротические изменения с дальнейшими последствиями. Все вышеприведенные данные дали нам основание включить в разработанную нами классификацию ОННЗЛ (А.А.Шалимов, А.К.Флорикян, 1969 г.) гангренозный абсцесс как отдельную нозологическую форму заболевания.

Больным с гангренозными процессами легких необходимо проводить комплексную интенсивную терапию в четырех направлениях:

- а) массивное антибактериальное лечение согласно видовой специфичности возбудителя и спектра действия препарата;
- б) санация внутрилегочных гнойников и трахеобронхиального дерева;
- в) коррекция нарушенного иммунного гомеостаза и обменных процессов;
- г) проведение методов детоксикации.

Если в ближайшие 7-10 дней от проведенного лечения улучшения не наблюдается, то рекомендуем производить ранние хирургические вмешательства.

Больной Н., 57 лет, поступил в клинику на 4-й день заболевания в тяжелом состоянии, с выраженной кардиореспираторной недостаточностью, лихорадкой гектического характера с выделением около 0,5 л гнойной мокроты со зловонным запахом. В левом легком определяются множественные полости на фоне ранее имеющегося пневмосклероза. В первый день пребывания в госпитале больному была произведена санационная бронхоскопия и назотрахеобронхиальное дренирование основного очага, расположенного в нижней доли легкого, с проведением санации полости и введением антисептиков. Одновременно больному проводилась массивная антибактериальная терапия. Через два месяца у больного на фасной рентгенограмме деструктивных изменений не определяется, а на боковой небольшая остаточная полость. Состояние больного удовлетворительное.

Больной П., 36 лет, поступил в клинику на 7-й день заболевания с гигантской полостью распада, расположенной в нижней доле правого легкого. При поступлении больному произведена назотрахеобронхиальная катетеризация гангренозного абсцесса нижней доли правого легкого с проведением массивной антибактериальной терапии и санации полости на фоне общеукрепляющей терапии и коррекции систем гомеостаза. На второй неделе пребывания больного в стационаре на фасной рентгенограмме полость значительно уменьшилась в размере, однако санационная терапия продолжалась, антибактериальная терапия была отменена. Через 1,5 месяца после проведенного лечения в нижней доле правого легкого деструктивных изменений не определяется.

Выводы

Разработанные нами методы диагностики и лечения больных с острыми распространенными нагноительными заболеваниями легких оказались эффективными.

Литература

1. Колесников И.С., Лыткин М.И. Хирургия легких и плевры. — Л.: Медицина, 1988.
2. Митюк И.И., Попов В.И. Абсцессы легких. — Винница, 1994.
3. Флорикян А.К. Хирургия повреждений груди. — Харьков, 1988.
4. Лукомский Г.И., Шулутко М.Л., Виннер М.Г., Овчинников А.А. Бронхопальмонология. — М. Медицина 1982.
5. Палеев Н.Р. Частная пульмонология. — М.: Медицина, 1989.

А.К.Флорікян, В.С.Біжко, В.В.Курінний. Сучасні аспекти патогенезу та лікування поширеної гангрені та гангренозного абсцесу легень. Харків, Україна.

Ключові слова: розповсюджена гангрена легень, гангренозний абсцес легень, санаційна бронхоскопія, назотрахеобронхіальне дренивання.

Викладені питання патогенезу розповсюдженої гангрені і гангренозного абсцесу легень. Наведені приклади лікування.

A.K.Florikyan, V.S.Bizhko, V.V.Kurinniy. Current aspects of pathogenesis and treatment of diffuse gangrene and gangrenous lung abscess. Kharkiv, Ukraine.

Key words: common pulmonary gangrene, gangrenous lung abscess, remedial bronchoscopy nazotraheobronchial drainage.

The problems of the pathogenesis of widespread gangrene and gangrenous abscess of the lungs. Examples of treatment.