

ПРОБЛЕМА ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫЕ ЭТАПЫ

Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш., Мухаммадиев И.Ш., Мирсолиев Ш.Г.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Целью исследования явилось изучение литературных исследований посвященных проблеме диагностика и лечения гнойно-заболевания легкого в современные этапы. Проведенный литературный поиск показывали: Проблема лечения абсцесс легкого остается актуальной проблемой среди гнойных хирургических патологий. Абсцесс легкого часто требуют длительной стационарной лечения в среднем 14-20 дней а также требуют большой экономической расходы. Летальность при остром абсцессе легкого составляет 2,5-4%, при ограниченной гангрене (гангренозный абсцесс) 8-10 %, при распространенной достигает до 45-50%. Проблема лечения абсцесса легкого требует дальнейшего провести разносторонний научный практический исследования для улучшения результатов.

Ключевые слова: легочные деструкции, абсцесс легкого, гангрена легкого, этиология.

O'TKIR O'PKA ABSSESI MUAMMOLARI ETIOPATOGENEZI, TASHHISLASH VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY USULARI

Khasanov A.Q., Yarikulov Sh.Sh., Muxamadiev I.SH., Mirsoliev Sh.G'.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Rezyume,

Tadqiqotning maqsadi zamonaviy bosqichlarda o'pkaning yiringli kasalligini tashxislash va davolash muammolari bo'yicha adabiy tadqiqotlarni o'rganish. Adabiy tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, yiringli xirurgik patologiyalar orasida o'pka absseini davolash dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. O'pka absseini ko'pincha 14-20 kun davomida uzoq muddatli statsionar davolanishni, shuningdek katta iqtisodiy xarajatlarni talab qiladi. O'pka absseida o'lim darajasi 2,5-4%, chegaragan gangrena (gangrenoz absseini) 8-10%, tarqalgan gangrenasida 45-50% ga etadi. O'pka absseini davolash natijalarni yaxshilash uchun bu yonlashda ilmiy tadqiqotlarni talab qiladi.

Kalit so'zlar: o'pkaning destruksiyasi, o'pka absseini, o'pka gangrenasi, etiologiyasi.

THE PROBLEM OF ACUTE ABSCESS AND LUNG GANGRENE ETIOPATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND TREATMENT IN MODERN STAGES

Khasanov A.Q., Yarikulov Sh.Sh., Muxamadiev I.Sh., Mirsoliev Sh.G'.

Bukhara State Medical institute.

✓ Resume,

The aim of the study was to study literary studies on the problems of diagnosis and treatment of purulent lung disease in the modern stages. A literature search showed: The problem of treatment of lung abscess remains an urgent problem among purulent surgical pathologies. Lung abscesses often require long-term inpatient treatment in an average of 14-20 days and also require large economic costs. Mortality in acute lung abscess is 2.5-4%, with limited gangrene (gangrenous abscess) 8-10%, and in case of widespread abscess reaches 45-50%. The problem of treating lung abscess requires further comprehensive scientific research to improve results.

Key words: lung destructions, lung abscess, lung gangrene, etiology.

Актуальность

Абсцесс и гангрену лёгкого как отдельные нозологические формы выделил Рене Теофиль Гиацинт Лаэннек в 1819 году. Фердинанд Зауэрбрух (1920) предложил объединить эти заболевания под общим названием "лёгочные нагноения". Г.И. Сокольский (1838) в "Учении о грудных болезнях, преподаваемое в 1837 году в отделении врачебных наук императорского Московского Университета слушателям 3, 4 и 5 курсов", привел подробное клиническое описание острого абсцесса и гангрены легкого. Первое сообщение об оперативном лечении гангрены относится к 1889 г., когда Н.Г. Фрайберг описал пневмотомию, выполненную К.К. Рейером. Прочную научную основу лечение острых легочных нагноений получило в 20 веке. В 1924 году И.И. Греков сообщил о 20-летнем

опыте оперативного лечения гангрены легкого с использованием пневмотомии. Сторонниками этой операции были С.И. Спасокукоцкий и А.Н. Бакулев. Во второй половине прошлого века в клиниках А.П. Колесова, П.А. Куприянова, А.Н. Бакулева, В.И. Стручкова, А.А. Вишневецкого, Ф.Г. Углова, И.С. Колесникова, М.И. Перельмана, Е.А. Вагнера активно разрабатываются радикальные анатомические резекции и пневмонэктомия при остром абсцессе и гангрене легкого.

Последние 15-20 лет проблема нагноительных заболеваний легких редко обсуждается в зарубежной литературе, но остается по-прежнему актуальной для нашей страны. При распространенной деструкции легких, вызванной ассоциацией высоковирулентных, полирезистентных микроорганизмов, до настоящего времени остаются неудовлетворительными результаты лечения и сохраняется высокая летальность: при

остром абсцессе составляет 2,5-4%, ограниченной гангрене (гангренозный абсцесс) - 8-10 %, распространенной - 45-50%.

Основные черты патологии:

Абсцесс легкого - ограниченная грануляционным валом и зоной перифокальной инфильтрации внутрилегочная полость, образовавшаяся в результате распада некротизированных участков легочной ткани и содержащая гной [2]. Эта гнойная полость ограничена от непораженных участков пиогенной капсулой.

Этиология и патогенез

При реализации любого этиологического фактора нагноительных заболеваний легких сначала развивается острая пневмония с известными клиническими проявлениями. В большинстве наблюдений в результате своевременной рациональной терапии острый воспалительный процесс обратим - подавляется инфекция, резорбируется альвеолярный экссудат, рассасывается воспалительный инфильтрат. В противном случае при определенных условиях и неблагоприятных обстоятельствах развивается некроз легочной ткани с последующим формированием полостей деструкции [1,3,6].

Первые сведения о патогенезе острого абсцесса и гангрены легкого приведены в 1871 году Л. Траубе. Они касались преимущественно состояния бронхиального дерева при развитии внутрилегочного нагноительного процесса без учета роли инфекционного фактора.

Респираторный тракт располагает эффективными локальными и системными механизмами, которые поддерживают стерильность терминальных бронхиол и паренхимы легкого. Возбудитель контаминирует дыхательные пути в результате вдыхания аэрозоля мелких частиц, аспирации орофарингеального секрета, либо гематогенным путем. Аспирация орофарингеального содержимого предупреждается за счет кашлевого и надгортанного рефлексов. Механическая задержка на уровне верхних отделов трахеобронхиального дерева в комбинации с мукоцилиарным транспортом предупреждает контаминацию периферических отделов дыхательных путей. Если инфекционный агент достигает альвеолярного уровня, активируются клеточные и гуморальные механизмы, призванные элиминировать патогенные микроорганизмы.

При определенных состояниях механизмы защиты бронхопульмональных структур повреждаются и развивается воспалительный процесс. Предрасполагающими для этого факторами считаются алкоголизм, наркомания, эпилепсия, черепно-мозговая травма, передозировка седативных средств, общая анестезия, кома любого происхождения и другие состояния, обуславливающие нарушения сознания. Именно при них дыхательные пути легко контаминируются агрессивной микрофлорой рото-носо-глотки. В этиопатогенезе острых легочных нагноений лидирующую роль играют неспорообразующие анаэробные микроорганизмы. Известно более 300 видов возбудителей этой группы, способных вызывать деструкцию легких. Из гнойных очагов наиболее часто - назофарингеальную область. При остром абсцессе и гангрене сто выделяются *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, легкого неспорообразующие анаэробы всегда встречаются в *Peptococcus* и другие, то есть флора, обычно колонизирующая назофарингеальная область. При

остром абсцессе и гангрене легкого неспорообразующие анаэробы всегда встречаются в ассоциации с аэробными госпитальными штаммами. Чаще всего это *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и т.д. В патогенезе бактериальной деструкции легкого большое значение придается нарушению проходимости бронхиальных разветвлений с формированием ателектазов, а так же нарушению кровообращения по бронхиальным и легочным сосудам с развитием ишемии бронхолегочных структур [5].

Классификация

Известных классификации абсцесс легкого наш взгляд для клинической практика более удобным является классификация предложений Трисветовой Е.Л. 2016 года:

Классификация абсцессов легкого:

1. По характеру течения (по временным критериям):

- острый;
- деструктивный процесс с подострым (затяжным) течением;

- хронический абсцесс легких (хроническое течение гангрены невозможно), в котором выделяют фазу обострения и фазу ремиссии.

2. По клинко-морфологической форме:

- острый абсцесс без секвестрации,
- острый абсцесс с секвестрацией ("гангренозный абсцесс").

Абсцесс без секвестрации - гнойно-некротическое воспаление легкого с бактериальным и(или) аутолитическим протеолизом некроза, характеризующееся образованием одиночной (или множественной) ограниченной полости в легочной ткани с четкой демаркацией от жизнеспособной легочной ткани и гнойным содержимым.

Абсцесс с секвестрацией - некроз участка легкого с последующим протеолизом его по периферии с формированием полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани с пристеночными или свободно лежащими тканевыми секвестрами.

3. По этиологии:

- деструктивные процессы, вызванные аэробной и (или) условно анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные облигатной анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные смешанной аэробно-анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные небактериальными возбудителями (грибы, простейшие и т. д.).

4. По механизму инфицирования:

- бронхогенные (аспирационные, ингаляционные, постпневмонические, обтурационные)
- гематогенные (тромбоэмболические постинфарктные, септикопиемические);
- травматические;
- из пограничных тканей и органов, т. е. связанные с непосредственным переходом нагноений с соседних органов (контактный, лимфогенный).

5. По распространенности процесса:

- одиночные;
- множественные, в том числе одно- и двусторонние.

6. По расположению: - периферические; - центральные.

Это деление может касаться лишь абсцессов относительно небольшого размера.

7. По тяжести течения (по Я. Н. Шойхету, 2002):

- легкая степень: бронхолегочная симптоматика без признаков дыхательной недостаточности;
- средней тяжести: бронхолегочная симптоматика с дыхательной недостаточностью; сочетание бронхолегочной симптоматики, дыхательной недостаточности и сепсиса (системной воспалительной реакции на инфекционный агент);
- тяжелое течение: сочетание бронхолегочной симптоматики, дыхательной недостаточности и тяжелого сепсиса, сопровождающегося дисфункцией органов, гипоперфузией или гипотензией;
- крайне тяжелое: септический шок, сохраняющийся, несмотря на адекватную инфузионную терапию; синдром полиорганной недостаточности.

8. По наличию осложнений: - неосложненные; - осложненные.

К осложнениям следует относить:

- пиоторакс (эмпиему);
- пиопневмоторакс;
- пневмоторакс;
- флегмону грудной стенки;
- плевроторакальный свищ;
- аспирацию гнойного отделяемого в здоровое легкое;
- пневмонию, абсцесс или гангрену с контралатеральной стороны; - легочное кровотечение;
- бактериемический шок;
- респираторный дистресс-синдром;
- сепсис, септикопиемию;
- прогрессирование заболевания в виде поражения противоположной стороны при первично одностороннем процессе;
- прочие осложнения: токсический миокардит, гнойный перикардит, острая сердечная недостаточность, гломерулонефрит с острой почечной недостаточностью, гепатит, ДВС-синдром;
- синдром полиорганной недостаточности.

9. Типы абсцедирования (по И. С. Колесникову, 1988):

- 1-й тип характеризуется поначалу благоприятной динамикой пневмонического процесса, после чего вновь возникает ухудшение состояния, повышение температуры, усиление болей в грудной клетке с последующим выделением гнойной мокроты. Абсцесс при этом формируется через 12-20 дней после начала пневмонии;

- 2-й тип характеризуется симптомами затянувшейся пневмонии и безуспешностью проводимого лечения: температура тела держится на высоких цифрах, постепенно появляется и увеличивается количество гнойной мокроты. Формирование легочного гнойника происходит в течение 20-30 дней от начала пневмонии;

- 3-й тип характеризуется быстротой развития гнойно-деструктивного процесса в легком, когда у больных уже с первых дней заболевания отмечается выделение гнойной, нередко зловонной мокроты, не характерной для типичной пневмонии. Данный тип свойственен аспирационному механизму, преобладающему в патогенезе гангрены легких.

Эпидемиология

Статистические данные по распространенности этой патологии не систематизированы, не точны и противоречивы.

Острый абсцесс и гангрена легкого развиваются чаще у мужчин (69%) трудоспособного возраста - 40-60 лет. Большинство пациентов в социальном отношении не благополучны, злоупотребляют алкоголем и табакокурением. Гематогенные (всегда двухсторонние) абсцессы легких возникают при ангиогенном сепсисе. Страдают наркоманией 2/3 этих пациентов. Довольно часто деструкция легких у них сочетается с бактериальным эндокардитом, ВИЧ.

Диагностика

В целом клиническая картина острого абсцесса и гангрены легкого идентична, но есть и различия, прежде всего в тяжести состояния пациентов, выраженности эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности.

Клинические проявления острого абсцесса зависят от стадии и периода болезни. Деструкция легкого не развивается внезапно. Этому всегда предшествует острая, как правило, затянувшаяся, пневмония разной этиологии. Абсцедирование легкого заметно ухудшает состояние больного. Усиливаются слабость, недомогание, появляется фебрильная температура. Позднее присоединяются боли в грудной клетке, усиливающиеся на вдохе, непродуктивный кашель, по мере прогрессирования инфекционного процесса и увеличения объема деструкции, температура тела становится гектической, ее подъемы сопровождаются провальными потами. Усиливаются непродуктивный кашель, который носит характер мучительного пароксизмального. Нарастает интоксикация, дыхательная недостаточность. При осмотре больного острым абсцессом легкого обнаруживаются бледность кожного покрова с сероватым оттенком, цианотичность губ и ногтевых лож. Из-за болей в грудной клетке - дыхание поверхностное.

В результате интоксикации, дыхательной недостаточности, болей в грудной клетке, у пациента определяется тахикардия, возможна гипотония. В общем анализе крови выявляется выраженный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг формулы, увеличение СОЭ.

По-прежнему базовым методом подтверждения клинического диагноза бактериальной деструкции легкого остается полипозиционная рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки, позволяющая подтвердить диагноз и определить локализацию процесса. При остром абсцессе легкого до сообщения его с бронхиальным деревом определяется правильная округлая гомогенно затемненная полость с перифокальной инфильтрацией (рис. 1).

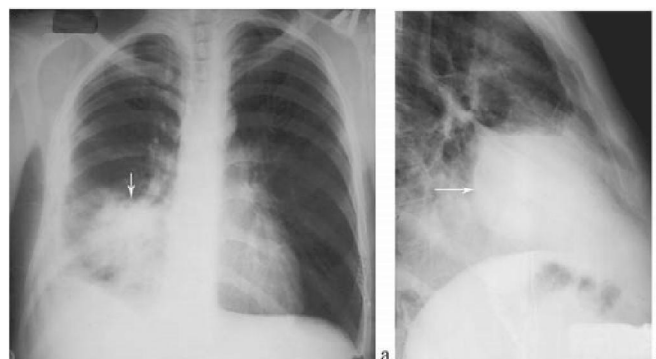


Рис.1 Абсцесс средней доли правого легкого. Рентгенограмма грудной клетки в прямой (а) и правой (б) боковой проекции

После опорожнения гнойника в дыхательные пути - полость с уровнем жидкости (рис. 2).

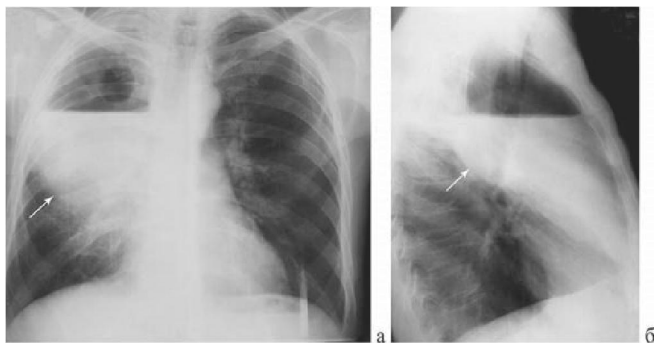


Рис. 2. Абсцесс верхней доли правого легкого. Рентгенограмма грудной клетки в прямой (а) и правой (б) боковой проекции

Рентгенологическая картина гангренного абсцесса характеризуется полостью в пределах доли легкого с бухтообразным неправильным очертанием внутреннего контура за счет некротических секвестров легочной ткани (рис. 3).

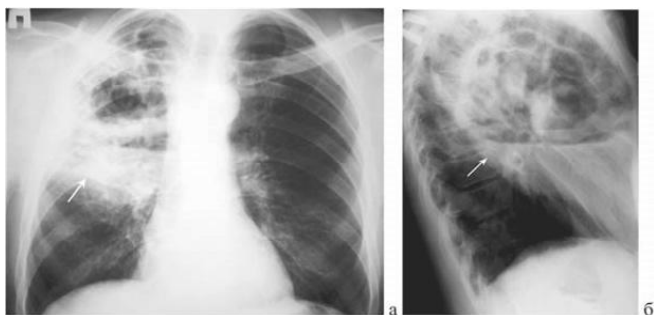


Рис. 3. Гангренный абсцесс верхней доли правого легкого. Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой (а) и правой (б) боковой проекции.

Для распространенной гангрены легкого характерно тотальное затемнение гемоторакса на стороне заболевания с мелкими неправильного очертания воздушными полостями, гидрпневмоторакс (эмпиема плевры) (рис. 4).

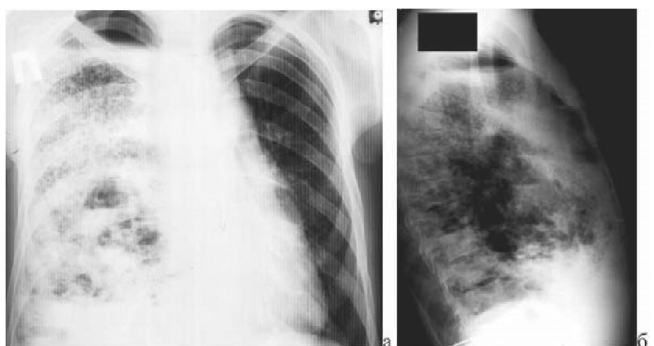


Рис. 4. Распространенная гангрена правого легкого. Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой (а) и правой (б) боковой проекции.

Золотым стандартом лучевой диагностики заболеваний легких следует считать компьютерную томографию, которая позволяет детально изучить структуру полостного образования, его локализацию и провести дифференциальную диагностику нагноительных и других заболеваний, в частности, рака и туберкулеза легких (рис. 5, а, б).

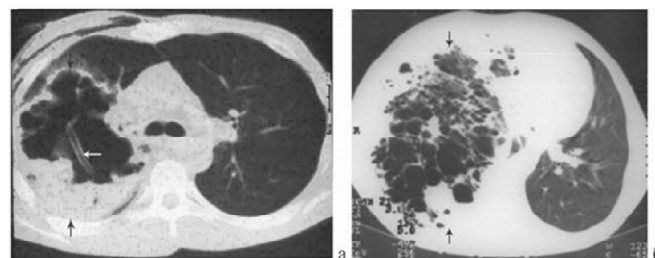


Рис. 5. Компьютерные томограммы грудной клетки. а - гангренный абсцесс верхней доли правого легкого (отмечен черными стрелками), в полости гнойника дренажная трубка (белая стрелка), б - распространенная гангрена правого легкого (отмечена черными стрелками).

В перечень обязательных инструментальных исследований нагноительных заболеваний легких включена фибробронхоскопия, позволяющая оценить выраженность и распространенность эндобронхита, диагностировать инородное тело, бронхит или опухоль бронха, провести забор материала для микробиологического и цитологического исследований.

Дифференцировать острый абсцесс и гангрену легкого приходится, прежде всего, с деструктивными формами туберкулезного процесса. Определенные трудности возникают при дифференциальной диагностике острого абсцесса и периферического рака легкого с распадом (полостная форма опухоли). Нередко нагноение с формированием внутрилегочных полостей развивается у больных центральным раком сегментарного, долевого или главного бронхов. Это происходит в результате инфицирования ателектазированных участков легочной ткани (обструктивный пневмонит), естественная эвакуация содержимого из которых становится невозможной из-за опухолевой обтурации. В дифференциальный ряд должны быть включены так же аспергиллема и эхинококк легкого и другие болезни с клиникорентгенологическим синдромом острого нагноения.

Анамнез, клинические проявления и данные современных методов лучевой диагностики лежат в основе дифференциального диагноза при заболеваниях легких, однако окончательный диагноз устанавливается на основании изучения результатов микробиологического, цитологического и гистологического исследований.

Материал для исследования забирается из трахеобронхиального дерева (фибробронхоскопия), при транскutánной пункции патологических образований легкого и плевры под контролем компьютерной томографии или ультразвукового исследования.

Лечение

Лечение острых бактериальных деструкций легкого - безусловная прерогатива хирургов. Лучшие результаты достигаются в условиях специализированных то-

ракальных отделений. Тяжесть состояния пациентов предполагает проведение разнообразной интенсивной терапии, парахирургических процедур и неотложных оперативных вмешательств при возникновении осложнений.

Консервативное и парахирургическое лечение

Используются методы эфферентной терапии и гравитационной хирургии при условии, что гнойники адекватно дренированы.

При поступлении больного с острой бактериальной деструкцией легких в хирургический стационар немедленно назначается эмпирическая антибактериальная терапия, основанная на данных о полимикробной этиологии плевропульмональной инфекции. В последующем проводится коррекция назначений с учетом результатов микробиологического исследования содержимого гнойников.

При лечении острого абсцесса и гангрены легкого чаще используется комбинированная (2 и более препаратов) антибактериальная терапия. Примерами таких сочетаний могут быть:

1. цефалоспорины 3 поколения + аминогликозид (амикацин) + метронидазол;
2. аминогликозид (амикацин) + клндамицин;
3. фторхинолон 3-4 поколения + метронидазол;
4. тигацил.

Однако, возможна монотерапия с использованием цефоперазона/сульбактама или карбопенемов. В

остром периоде болезни антибиотики назначаются преимущественно внутривенно. Непременным условием при проведении антибактериальной терапии является профилактика системного микоза антигрибковыми средствами (дифлюкан, микосист, флуконазол и т.д.).

Ведущую роль в патогенезе бактериальной деструкции легкого играет нарушение бронхиальной проходимости. Для восстановления бронхиального дренажа необходимо использовать разнообразные методы санации трахеобронхиального дерева. Простым и достаточно эффективным приемом опорожнения гнойной полости является постуральный дренаж. Для его реализации больному придается положение, при котором гнойник оказывается выше дренирующего бронха. Например, при локализации абсцесса во 2-м или 6-м сегментах легкого (задние сегменты), больной укладывается на живот с несколько опущенным головным концом кровати, что создает условия для естественного оттока инфицированного содержимого в дыхательные пути с последующим активным его откашливанием. Дренаж положением целесообразно сочетать с вибрационным массажем грудной клетки. Этот метод оказывается недостаточно эффективным, если густая гнойная мокрота, секвестры легочной ткани блокируют дренирующий бронх.

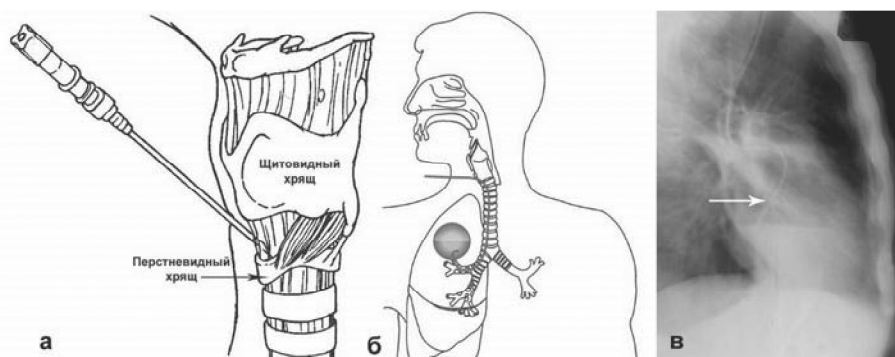


Рис. 6. Схема проведения микроконикотрахеостомии. а - пункция перстневидно щитовидной связки, б - расположение катетера в гнойной полости, в - рентгенограмма грудной клетки в правой боковой проекции, катетер в полости абсцесса средней доли отмечен стрелкой.

В этих ситуациях целесообразно применять селективную санацию патологического очага с использованием катетера, который транскутанно вводится в трахею.

Под местной анестезией, совершенно безболезненно, выполняется пункция перстневидно-щитовидной связки (fossa canina), через иглу в трахею по методике типа Селдингера проводится рентгеноконтрастный, специально моделированный катетер, кончик которого под контролем электронооптического преобразователя или фибробронхоскопа устанавливается в дренирующий бронх или гнойную полость (рис. 6). Через катетер проводится лаваж (12-14 капель в 1 минуту) патологической зоны у больных с большими и гигантскими субплевральными гнойниками, содержащими детрит, фибрин, секвестры легочной ткани целесообразно сочетать интрабронхиальную санацию с чрескожным дренированием инфицированной по-

лости, которое предложил А. Monaldi (1938) для лечения туберкулезных каверн.

Прорыв гнойника в плевральную полость предполагает проведение дополнительных парахирургических процедур.

Некоторые методы лечения эмпиемы известны со времен Гиппократов. Следуя своему принципу "ubi pus ibi evasua" великий врач прокалывал грудную клетку больного раскаленным железным прутом или ножом и вводил в плевральную полость бронзовые трубки, удаляя гной.

Аналогичным образом поступают и в настоящее время, используя современные приборы и инструменты. При тотальной эмпиеме плевры устанавливаются два дренажа: во втором межреберье по средней ключичной и в седьмом - по задней аксиллярной линиям. Содержимое плевральной полости эвакуируется вакуумированием. При эмпиеме плевры с бронхоплевраль-

ными сообщениями активная аспирация оказывается не достаточно эффективной - легкое расправить не удается. Кроме того, развивается синдром обкрадывания за счет обильного уклонения воздуха из дыхательных путей, усиливается гипоксемия. В этом случае целесообразно провести селективную окклюзию свищнесущего бронха пенополиуретаном (поролонном). Окклюдер проводится через тубус ригидного бронхоскопа и устанавливается под контролем зрения в устье сегментарного или долевого бронха, дренирующего гнойник (рис.7). Бронхоплевральное сообщение прекращается, наступает реэкспансия легкого за счет расправления "здоровых" сегментов.

Особенное место в лечении острых нагноительных заболеваний легкого занимает легочное кровотечение - осложнение, которое чаще других заканчивается смертью больного. Пациенты с массивным ле-

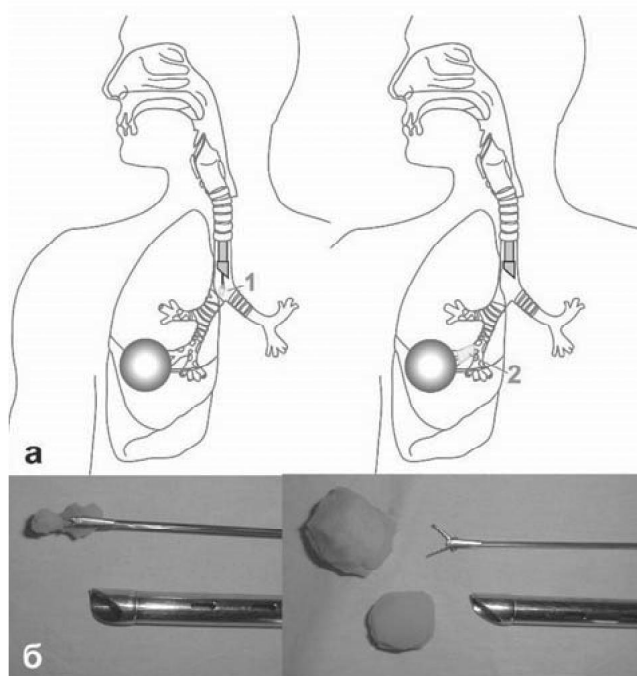


Рис. 7. Окклюзия свищнесущего бронха. а - схема проведения, б - рабочая часть ригидного бронхоскопа и расположение обтуратора в эндоскопических щипцах.

гочным кровотечением погибают в результате затопления кровью дыхательных путей (объем трахеобронхиального дерева составляет 80-120 см³) и асфиксии.

Первая задача при массивном легочном кровотечении - прекратить поступление крови в "здоровые" отделы трахеобронхиального дерева. Для этого экстренно выполняется ригидная трахеобронхоскопия, определяется сторона кровотечения и, если это возможно, долевого или сегментарная локализация источника. После обтурации главного или долевого бронха поролоновым окклюдером дыхательные пути освобождаются от излившейся крови.

Вторая задача - обнаружить кровоточащий сосуд и выполнить эндоваскулярную окклюзию. Как правило, это удастся сделать у пациентов с острым абсцессом легкого, где при выполнении селективной ангиографии обнаруживается гиперплазия бронхиальной

артерии с выраженной гиперваскуляризацией патологической зоны.

Хирургическое лечение

Целенаправленное консервативное и парахирургическое лечение у большинства больных острым абсцессом легкого (95-97%) позволяет избежать неотложной операции. Показанием к хирургическому вмешательству при рассматриваемой патологии является продолжающееся кровотечение.

Примерно в 3-5% наблюдений острый абсцесс легкого не заканчивается выздоровлением и болезнь принимает хронический характер с типичными ремиссиями и обострениями. Определенно судить о сроках трансформации острого абсцесса в хронический трудно, однако, принято считать, что не излеченный в течение 2 месяцев острый абсцесс следует относить к группе хронических легочных нагноений, которые требуют активного хирургического лечения.

Напротив, при распространенной гангрене легкого альтернативы неотложной операции нет, поскольку консервативное и парахирургическое лечение заканчивается смертью абсолютного большинства больных. У пациентов с ограниченной гангреной (гангренозный абсцесс) возможно применение щадящей, органосохраняющей операции по типу пневмотомии или торакоплеврорабсцессостомии.

Операция заключается в проекционной ограниченной торакотомии через ложе резецированных 1-3 ребер в зоне, наиболее близкой к патологическому процессу. Удаляются гной и секвестры легочной ткани. Край париетальной плевры и кожи сшивают, формируя плеврорабсцессостому для последующей длительной открытой санации гнойной полости. Недостатком этой операции считают большую вероятность развития флегмоны грудной стенки, остеомиелита ребер, аррозивного кровотечения. Кроме того, ограниченная гангрена легкого встречается нечасто в отличие от распространенного процесса, когда хирургическое вмешательство через ограниченный доступ провести невозможно.

Поэтому, несмотря на очень тяжелое состояние больных, приходится выполнять радикальную операцию, как правило в объеме анатомической пневмонэктомии. Эти операции сопровождаются тяжелыми осложнениями и высокой летальностью, но другого пути решения проблемы нет.

Для предупреждения затекания гнойной мокроты в противоположное легкое (больной находится на операционном столе в положении на здоровом боку) накануне операции проводится эндоскопическая окклюзия главного бронха на стороне поражения. Наряду с этим выполняется раздельная интубация бронхов, например трубкой Карленса. Доступ - переднебоковая торакотомия в пятом межреберье. Из плевральной полости удаляются гной, фибрин секвестры легочной ткани. Последовательно обрабатываются легочная артерия, верхняя и нижняя легочные вены. Максимально бережно, без обширной скелетизации выделяется главный бронх, прошивается аппаратом, отсекается. Легкое удаляется. Культи бронха дополнительно прошивается монофильными атравматичными нитями 3/0, по возможности плевризируется. Тщательно санится плевральная полость, устанавливаются дренажи, накладываются послойные швы на рану.

Наиболее частым осложнением послеоперационного периода при анатомической резекции легкого оказывается несостоятельность культи бронха (50-70%).

Немаловажно и то, что репаративные процессы у больных гангреной легкого угнетены в результате грубых нарушений гомеостаза, вторичного иммунодефицита поступления воздуха по плевральному дренажу во время кашля и форсированного дыхания, нарастания дыхательной недостаточности. Подтверждается фибробронхоскопией. Несостоятельность культи бронха диагностируется на основании значительного.

Для лечения возникшего осложнения выполняется реторакотомия, резекция культи бронха с повторным наложением швов. Рецидив несостоятельности наступает в 92-95% наблюдений. Если удастся стабилизировать состояние пациента, подавить острый инфекционный процесс в плевральной полости, то формируется бронхоплевральный свищ, хроническая эмпиема плевры.

Выводы:

1. Проблема лечения абсцесс легкого остаётся актуальной проблемой среди гнойных хирургических патологий

2. Лечение абсцесса легкого часто требует длительного стационарного лечения в среднем 18-20 дней.

большой экономический расход

3. При абсцессе легкого летальность при остром абсцессе достигает 2,5-4%, при ограниченной гангрене (гангренозный абсцесс) 8-10 %, при распространенной достигает до 45-50%.

4. Проблема лечения абсцесса легкого требует дальнейшие провести разносторонний научный практический исследования для улучшения результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. [Bogush L.K. Xirurgicheskoe lechenie tuberkuleza legkix. - M., 1979; 296. (In Russ)]
2. [Voyno-Yasenetskiy V.F. Ocherki gnoynoy xirurgii. - M.: Medgiz, 1946; 632. (In Russ)]

3. [Gostishev V.K. Infeksii v torakalnoy xirurgii. - M.: Meditsina, 2004; 762. (In Russ)]
4. Grigorev E.G., Kogan A.S. Xirurgiya tyajelix gnoynix protsessov. - Novosibirsk: Nauka, 2000; 314. (In Russ)]
5. [Davidovskiy I.V. Obshaya patologiya cheloveka. - M.: Meditsina, 1969; 612. (In Russ)]
6. [Eryuxin I.A., Gelfand B.R. Shlyapnikov S.A. Xirurgicheskie infeksii. - M., 2003; 588. (In Russ)]
7. [Saveleva V.S. Klinicheskaya xirurgiya: natsionalnoe rukovodstvo: v 3 t. / pod red. V.S. Saveleva, A.I. Kirienko. - M.: GEOTAR Media, 2010. III: 1008. (In Russ)]
8. [Shoyxet YA.N., Lepilov A.V., Motin Yu.G. Klinicheskaya morfologiya ostriy abscessov i gangreni legkix. - Barnaul: ID "Altapress", 2012; 118. (In Russ)]
9. [Shteyner M.L., Borodulin B.E., Jestkov A.V., Danilin A.V. Fibrobronxoskopiya pri xronicheskix obstruktivnix zabolevaniyax lyogkix. - Samara: ITIS, 2003. (In Russ)]
10. [Shoyxet Ya.N. [i dr.] Ostriy abscess i gangrena legkix: taktika vedeniya bolnix, viber metodov lecheniya // Problemi klinicheskoy meditsini. - 2007; 1: 104-110. (In Russ)]
11. [Safonov B.B. Kurbonov B.B. Xasanov A.K. Rol bronxoskopii v lechenii oslojnenix endobronxialnix ligaturnix svishey posle exinokokkektomii legkogo. // Tibbiyotda yangi kun 2019, 3(27): 239-241. (In Russ)]
12. [Yakovlev V.N., Alekseev V.G. Bronxologicheskie metody diagnostiki i lecheniya v praktike pulmonologa. - M., 2013; 256. (In Russ)]
13. [Tereshkin S.N. Sochetannaya intrakorporalnaya kvantovaya terapiya v lechenii abscessov legkix : avtoref. dis. ... kand. med. nauk / S.N. Tereshkin. - Saransk, 2007; 19. (In Russ)]
14. Schiza S. Clinical presentation and management of empyema, lung abscess and pleural effusion / S. Schiza, N.M. Siafakas // Curr. Opin. Pulm. Med. - 2006; 12(3): 205-211.
15. Yu V.L. The role of Klebsiella pneumoniae in lung abscesses: a geographic phenomenon / V.L. Yu, F.Y. Chang // Clin. Infect. Dis. - 2006; 42(1): 152-153.
16. Schiza, S. Clinical presentation and management of empyema, lung abscess and pleural effusion / S. Schiza, N.M. Siafakas // Curr. Opin. Pulm. Med. - 2006; 12(3): 205-211.
17. A case of multiple lung abscesses successfully treated with computed tomography guided percutaneous thoracic drainage / K. Shimada [et al.] // Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi. - 2006; 44(8): 573-577.

Поступила 09.09. 2019