

ID: 2014-08-24-A-4070

Краткое сообщение

Амарантов Д.Г., Баландина И.А., Мезенцев М.Ю., Нараев А.С., Выгузова К.Б., Бородулина И.И.

Внутриполостные эндоскопические технологии в лечении больных острыми абсцессами легкого*ГБОУ ВПО Пермская ГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии***Резюме**

В работе представлены результаты использования методик внутриполостной эндоскопии в лечении острых абсцессов легкого. Внутриполостными технологиями, используемыми в лечении больных с абсцессами легкого, были абсцессоскопия и торакоскопия. Проанализированы результаты лечения 326 больных с абсцессами легкого, средний возраст которых составил 48,2 года. Установлено, что использование абсцессоскопии у больных с гигантскими и гангренозными абсцессами легких и использование торакоскопии при возникновении острой эмпиемы плевры позволяет получить хорошие результаты лечения, что, в свою очередь, позволяет рекомендовать к широкому внедрению в протокол лечения больных с абсцессами легких внутриполостных эндоскопических технологий.

Ключевые слова: абсцессоскопия, торакоскопия, острый абсцесс легкого**Введение**

Внутриполостная эндоскопия широко применяется в лечении различных заболеваний. Использование эндоскопических технологий позволяет снизить травматичность оперативного вмешательства и улучшить результаты лечения при патологии брюшной и плевральных полостей, полостей черепа и суставов. В лечении многих болезней внутриполостная эндоскопия стала стандартной процедурой, однако к ее применению в лечении абсцессов легкого остается много вопросов. При этом острый абсцесс легкого остается тяжелым заболеванием, летальность при осложненных формах которого достигает высоких цифр – от 13,5 до 54% по данным различных авторов [1-8].

Целью нашего исследования стал анализ опыта использования методик внутриполостной эндоскопии в лечении острых абсцессов легкого для оценки эффективности ее применения в лечении этой патологии.

Материалы и методы

В отделении торакальной хирургии городской клинической больницы №4 г. Перми проходили лечение 326 больных с абсцессами легких. Возраст больных колебался от 17 до 73 лет (средний возраст – 48,2 года). Среди больных преобладали мужчины – 259 (79,5%) человек, женщин было значительно меньше – 67 (20,5%) человек. Средний срок заболевания до момента поступления в клинику составил 26,9 дней. Внутриполостными технологиями, используемыми в лечении больных с абсцессами легкого, стали абсцессоскопия и торакоскопия. При проведении этих процедур пользовались стандартным эндоскопическим инструментарием. Операцию проводили преимущественно под местным обезболиванием с потенцированием.

Результаты

Наиболее тяжелыми больными были пациенты с «гигантскими абсцессами» легкого (с диаметром гнойной полости более 6 см). Среди гигантских абсцессов наиболее трудными для лечения были больные с гангренозными абсцессами. Гангренозным абсцесс считали, если в полости такого абсцесса имелся некротический секвестр. Мы наблюдали 121 (37,12%) больного с гигантскими и гангренозными абсцессами легкого. Среди этих больных отдельную небольшую группу занимали больные с так называемой «абсцесс-эмпиемой». Абсцесс-эмпиема формировалась в тех случаях, когда наружная стенка гигантского абсцесса легкого лизировалась под воздействием гнойного процесса вплоть до париетальной плевры. При этом измененная париетальная плевро сама становилась наружной стенкой абсцесса. Из 121 больного с гигантскими и гангренозными абсцессами легкого было 5 больных с абсцесс-эмпиемами. По нашим наблюдениям характерными особенностями абсцесс-эмпиемы являлись большие размеры (более 10-15 см), наличие крупных гнойно-некротических секвестров и прочные сращения париетальной и висцеральной плевры вокруг гнойной полости.

В лечении больных с гигантскими и гангренозными острыми абсцессами легкого мы посчитали целесообразным использовать абсцессоскопию. Всего было выполнено 135 абсцессоскопий.

После рентгенологического исследования, включающего в том числе и компьютерную томографию, а так же выполнения фибробронхоскопии устанавливали показания к абсцессоскопии. Абсцессоскопию считали показанной при наличии большой (более 6 см) полости деструкции в сочетании с уровнем жидкости. Если после выполнения фибробронхоскопии абсцесс начинал активно дренироваться через бронхиальное дерево, а количество жидкости в нем уменьшалось или исчезало, от выполнения абсцессоскопии воздерживались и отслеживали динамику в течение 2-3 суток. Если полость абсцесса в ходе лечения не уменьшалась, выполняли абсцессоскопию. При исчезновении уровня жидкости и наличии тенденции полости абсцесса к уменьшению от выполнения абсцессоскопии воздерживались. При обнаружении гнойно-некротических секвестров всегда выполняли абсцессоскопию. Доступ в полость абсцесса – торакоцентез – выполняли непосредственно над нижней стенкой полости абсцесса. Такое введение троакара позволяло по окончании абсцессоскопии установить дренаж на уровне дна гнойной полости и избежать застоя гнойного экссудата. Решение этой задачи нередко представляло трудности, которых мы избегали, применяя троакар собственной конструкции. Этот троакар мы вводили по струне-направителю, предварительно введенному в полость абсцесса при прицельной пункции. Для проведения струны-направителя стилет этого троакара имел центрально расположенный продольный канал (патент на полезную модель №58322 от 10.07.2007).

Особенностью абсцессоскопии было то, что практически все лечебные манипуляции проводились из единственного торакоцентеза (в монопортальном режиме). Среди наших наблюдений только в 4 случаях мы наложили дополнительный

инструментальный торакоцентез. Это было возможно только при очень больших размерах полости абсцесса (более 15 см). Во всех пяти случаях мы имели дело с абсцесс-эмпиемой.

После выполнения торакоцентеза у 82 (67,77%) больных мы обнаружили перегородки, делившие полость абсцесса на несколько камер и затруднявшие эвакуацию экссудата. Адекватное дренирование полости абсцесса при наличии подобных перегородок было невозможно. Поэтому лечебный этап абсцессоскопии начинали с рассечения перегородок и создания единой полости. Стремилась по возможности полностью удалить перегородку, так как в толще ее находились бактерии, поддерживающие гнойный процесс. В ряде случаев перегородки образовывались нитями фибрина. Такие перегородки достаточно легко полностью удалялись электроотсосом. Однако гораздо чаще мы наблюдали более массивные перегородки, содержащие остатки разрушенной ткани легкого, кровеносные сосуды. Такие сращения рассекали с применением коагуляции. Активно пользовались эндоскопическим крючком для коагуляции, реже эндоскопическими ножницами и щипцами.

Выраженный гнойно-некротический слой, покрывающий стенки полости абсцесса имелся у всех пациентов. У 80 (66,12%) человек наблюдали гнойно-некротические секвестры различных размеров (от 1*2*2 см до 5*4*4 см). Удаление подобных объектов проводили после рассечения сращений или одновременно с ним.

Абсцессоскопию заканчивали многократным промыванием полости абсцесса растворами антисептиков и ее дренированием. Длину отрезка дренажа, расположенного в полости абсцесса, прогнозировали по данным рентгенографии, делали его чуть меньше диаметра абсцесса и выполняли на нем от 2 до 4 боковых отверстий. Больным с абсцесс-эмпиемой, которым мы выполнили 2 торакоцентеза, устанавливали 2 дренажа.

В послеоперационном периоде проводили антибактериальную, противовоспалительную терапию и физиотерапию. До двух раз в сутки ежедневно промывали полость абсцесса растворами антисептиков. При необходимости выполняли бронхиальную окклюзию дренирующей полостью абсцесса бронха.

У 68 (20,86%) пациентов острый абсцесс легкого осложнился эмпиемой плевры. Для повышения эффективности санации плевральной полости у этих больных мы широко использовали торакоскопию. Во всех случаях больным выполняли 2, а при необходимости и 3 торакоцентеза. Все манипуляции выполнялись в бипортальном режиме. Тщательно удаляли все некротические секвестры, фрагменты фибрина. Одновременно разъединяли плевральные сращения, ликвидируя при этом не дренируемые затеки гноя. Принципиально важным считали вскрывать затеки гноя манипуляторами, введенными из торакоцентезов, через которые планировали устанавливать дренажи. Такое разрушение сращений и вскрытие осумкований гноя создает оптимальные условия для движения гноя к дренажу. По окончании торакоскопии дренажи устанавливали в нижних отделах эмпиемной полости. Один из дренажей устанавливали в задних отделах эмпиемной полости, что обеспечивало постоянный отток гноя в положении больного «лежа». Дренажи проводили до верхушки полости эмпиемы. Устанавливали не менее двух дренажей.

В результате проводимого лечения из 326 (100%) больных с абсцессами легкого выздоровели 270 (82,82%) человек, у 36 (11,04%) больных сформировался хронический абсцесс легкого, умерло 20 (6,13%) больных. Средний срок стационарного лечения составил 32,14 койко-дней.

Среди 121 (100%) больного с гигантскими и гангренозными абсцессами легкого выздоровело 102 пациента, хронический абсцесс легкого сформировался у 12 (9,92%) пациентов. Умерло 7 (5,79%) человек. Средний срок стационарного лечения у этих больных составил 41,05±1,91 койко-дней. Среди выздоровевших больных с гигантскими и гангренозными абсцессами легкого исходом лечения у 7 (5,79%) больных стало полное рентгенологическое исчезновение признаков деструкции легкого, у 36 (29,75%) – формирование участка локального пневмофиброза, у 59 (48,76%) – формирование небольшой сухой остаточной полости.

Заключение

Таким образом, использования абсцессоскопии у больных с гигантскими и гангренозными абсцессами легких, а так же использование торакоскопии при возникновении такого осложнения, как острая эмпиема плевры, позволяет получить хорошие результаты лечения. Полученные хорошие клинические результаты позволяют рекомендовать к широкому внедрению в протокол лечения больных с абсцессами легких внутриполостных эндоскопических технологий.

Литература

1. Альтман Е.И., Некрич Г.И. Методика абсцессоскопии. *Грудная хирургия* 1979; (5): 47-49.
2. Баринов О.В., Саенко О.Ю., Саламатов А.В. и др. Отдаленные результаты консервативного лечения гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова* 2010; 169(3): 63-67.
3. Зайцев А.А., Миронов М.Б., Макаревич А.В., Синопальников А.И. Абсцесс легкого. *Лечащий врач* 2008; (8): 14-18.
4. Павлов Ю.В., Рыбин В.К., Павлов А.Ю. Успешное хирургическое лечение больного с гигантским острым абсцессом легкого. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2009; (2): 83-85.
5. Толузаков В.Л., Егизарян В.Т. Консервативное лечение острых нагноений легкого. Л.: Медицина, 1985; 173 с.
6. Фурзиков Д.Л., Горшков В.Ю., Решетов Е.И. Дренирующие операции при лечении гангрены легкого. *Журнал МедиАль* 2012; (1): 53-55.
7. Шойхет Я.Н., Лепилов А.В., Мотин Ю.Г., Лель Н.В. Клинико-морфологические сопоставления острых абсцессов легких. *Пульмонология* 2009; (2): 60-64.
8. Yellon A.M., Liebermann Y. Percutaneous drainage of lung abscess (letter). *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 88(4): 639-640.