

АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Л. Амгалан¹, А.Н. Плеханов^{2,3}, Е.Н. Цыбиков^{2,3}, Б. Мунхтоого¹

¹Монгольский государственный медицинский университет, г. Улаанбаатар, ректор — д.м.н. Ц. Лхагвасурен;

²Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, ректор — д.п.н., проф. С.В. Калмыков;

³Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, г. Улан-Удэ, директор — д.м.н. Е.Н. Цыбиков)

Резюме. В данной работе представлен анализ ошибок в оказании медицинской помощи больным с эмпиемой плевры. Наиболее частыми дефектами были: поздняя диагностика заболевания, ошибки в лечении, неадекватная предоперационная подготовка, недостаточная квалификация хирурга, позднее обращение за медицинской помощью. Возраст больных, длительность заболевания и наличие осложнений являются неблагоприятными признаками течения эмпиемы плевры.

Ключевые слова: эмпиема плевры, дефекты, диагностика, лечение.

THE ANALYSIS OF UNSATISFACTORY RESULTS OF TREATMENT PATIENTS ACUTE NONSPECIFIC EMPIEMA PLEURAS

L. Amgalan¹, A.N. Plekhanov^{2,3}, E.N. Tsybikov^{2,3}, B. Munchotogoo¹

¹Mongolian state medical university, Ulanbaatar;

²Buryat state university, Ulan-Ude;

³Buruaat Branch of SC RRS SB RAMS, Ulan-Ude)

Summary. In the given work the analysis of mistakes in rendering medical aid by the patient with pleural empiema is submitted. The most often defects were: late diagnostics of disease, a mistake in the treatment, the inadequate preoperative preparation, insufficient qualification of the surgeon, later the reference behind medical aid. The age of patients, duration of disease and presence of complications are adverse attributes of current pleural empiema.

Key words: Empiema pleuras, defects, diagnostics, treatment.

В последние годы отмечается тенденция к росту числа больных с гнойными деструктивными процессами в легких, течение которых часто осложняется эмпиемой плевры (ЭП) и развитием пиопневмоторакса. Почти у 90% больных эмпиема плевры является осложнением острых и хронических гнойных заболеваний легких и лишь у 10% больных — следствием травмы и внелегочных процессов [1, 6].

Традиционными методами лечения острых эмпием плевры остаются плевральная пункция, дренирование плевральной полости дренажами, локальное введение ферментов, антибиотиков, антисептиков, ингибиторов протеолиза и фибринолиза [5]. В практику внедряются новые антисептики, дезинфектанты, антибактериальные и иммунотропные лекарственные препараты, методы физического и электрохимического воздействия на инфицированную плевральную полость. Однако результаты лечения гнойных осложнений со стороны плевральной полости в широкой практике заметно не улучшаются, даже в специализированных центрах [2, 3].

По данным Э.М. Ходош (2006) у 63,5% больных, поступивших в стационар с эмпиемой плевры, проводимое до поступления лечение следует считать неудовлетворительным. При этом большинство допущенных ошибок связано с дефектами диагностики и лечения данной патологии [4].

Целью работы явился анализ неудовлетворительных результатов лечения острой неспецифической эмпиемы плевры (ОНЭП), а также выявление неблагоприятных прогностических факторов течения эмпиемы плевры.

Материалы и методы

Нами обобщен опыт лечения 123 больных с острой неспецифической эмпиемой плевры без бронхиального свища в возрасте от 17 до 73 лет. Наиболее частыми причинами острой неспецифической эмпиемы плевры были: острый абсцесс и гангрена легкого (37,9%), плевропневмония (15,4%), травмы грудной клетки (13,8%). Реже причинами ОНЭП были стафилококковая деструкция легких (2,4%) и острый медиастинит (1,6%). Всем больным выполняли рентгеноскопию и рентгенографию грудной клетки для установления локализации, размеров и конфигурации гнойника. Проводили бактериологическое и цитологическое исследование пункта-

та из плевральной полости. Из 123 пострадавших с ЭП умерли 9 (7,1%). У 78 (63,4%) пациентов процесс локализовался в правой плевральной полости, у 26 (21,1%) — в левой, у 19 (15,4%) процесс был двусторонним.

Неудовлетворительными признавались результаты при наличии летальности больных, а также при переходе острого процесса в хронический.

Результаты и обсуждение

При многофакторном регрессионном анализе наиболее прогностически значимыми в отношении результатов лечения ОНЭП оказались следующие факторы (табл. 1).

Таблица 1

Основные прогностические факторы неблагоприятных исходов лечения ОНЭП

Факторы и дефекты оказания медицинской помощи	p
Запоздавшая диагностика острой эмпиемы плевры	0,001
Дефекты и ошибки в лечении	0,007
Недостаточная предоперационная подготовка больного	0,01
Недостаточный уровень квалификации хирурга	0,04
Позднее обращение за медицинской помощью	0,01

Как видно из приведенных данных наиболее статистически значимыми факторами явились поздняя диагностика ОНЭП, а также ошибки и дефекты лечения больных с данной патологией. Несколько меньшее значение имели: недостаточная предоперационная подготовка больных, позднее обращение пациентов за медицинской помощью и недостаточная профессиональная подготовка врача хирурга.

Поздняя диагностика заболевания преимущественно была обусловлена несвоевременностью проведения инструментальных диагностических манипуляций (табл. 2).

При этом необходимо отметить, что рентгенологическое исследование позволяло диагностировать наличие в плевральной полости содержимого в 87% случаев, однако судить о характере этого выпота было не всегда возможно. Чаще всего диагностировался факт наличия гидроторакса (41,0%) и гидропневмоторакса (12,6%). Диагностическая чувствительность рентгенологического метода при эмпиеме плевры составила 10,3%

Таблица 2
Прогностические неблагоприятные диагностические факторы

Диагностические факторы	Кол-во больных	%	p
Отсутствие своевременного рентгенологического исследования	12	9,7	0,05
Отсутствие своевременного УЗИ и КТ исследования	57	46,3	0,01
Отсутствие диагностической плевральной пункции	23	18,6	0,01
Отсутствие бактериального посева	71	57,7	0,001

Признаки нагноения удалось установить только при УЗИ и КТ-исследованиях. Об этом свидетельствовало неоднородное содержимое в плевральной полости с включениями пузырьков газа. При этом диагностическая чувствительность УЗИ составила 55,6%, КТ-исследования 88,1%.

Диагноз ЭП подтверждался при выполнении плевральной пункции или дренировании плевральной полости, а также в результате проведенного в последующем бактериологического анализа содержимого. Чувствительность этих методов составила 90,4% и 92,2% соответственно.

Таким образом, проведенный анализ показал, что наиболее значимыми диагностическими ошибками неудовлетворительных результатов лечения больных с ОНЭП было отсутствие своевременного выполнения инструментальных методов исследования. В ряде случаев было не выполнено даже рентгенологическое исследование. Однако ни один из диагностических методов не позволяет в 100% случаев установить факт инфицирования содержимого плевральной полости.

Проводя анализ дефектов и ошибок лечения больных с ОНЭП, были также выделены неблагоприятные факторы (табл. 3).

Таблица 3
Прогностические неблагоприятные лечебные факторы

Диагностические факторы	Ко-во больных	%	p
Нерациональное использование антибактериальных препаратов без контроля антибиотикограммы	21	17	0,05
Несвоевременная и неадекватная антибиотикотерапия	11	8,9	0,05
Дефекты в технике дренирования плевральной полости	5	4	0,05
Отсутствие показанной плевральной пункции	9	7,3	0,01
Неэффективность плевральной пункции и дренирования плевральной полости	23	18,6	0,01

Из приведенных в таблице данных видно, что наиболее частыми дефектами при оказании медицинской помощи больным с ОНЭП были ошибки в проведении антибактериальной терапии. Она была неадекватной у 8,9% больных. Этим пациентам, как правило, назначался один антибактериальный препарат, оказывающийся недостаточно эффективным при некоторых штаммах микроорганизмов, а также при поливалентной бактериальной флоре.

Как самостоятельный метод лечения плевральной пункция была применена при ограниченных небольших гнойных полостях без бронхоплевральных свищей. Дефектами оказания медицинской помощи были несвоевременная и неполноценная эвакуация инфицированного экссудата, а затем и гноя из плевральной полости.

В 7,3% наблюдений хирурги воздерживались от выполнения плевральной пункции или дренирования плевральной полости, что приводило к затяжному течению заболевания, переходу в хроническую форму и к необходимости выполнения торакотомии с последующим расширением объема операции.

Основным методом лечения ЭП независимо от этиологического фактора при остром течении гнойного процесса явилось дренирование плевральной полости с промыванием и постоянной аспирацией содержимого.

В 4% наблюдений имелись дефекты в технике выполнения дренирования плевральной полости, что в одном случае проявлялось повреждением ткани легкого. У 18,6% дренирование оказалось неэффективным из-за запущенности воспалительного процесса, его хронизации, наличия плотных фиброзных сращений в плевральной полости, шварт и спаек, а также выраженных воспалительно-фиброзных изменений в плевре.

Проведенный мультивариационный анализ показал также, что причиной неудовлетворительных результатов лечения была длительная экспозиция патологического содержимого в плевральной полости в результате позднего обращения пациентов, а также неэффективность консервативного лечения заболеваний, явившихся причиной ОНЭП.

Дефектами предоперационной подготовки явились: отсутствие комплексного подхода в лечении пациента, нестабильность гемодинамики, нахождение больного в общей палате, а не в палате реанимации, отсутствие применения эфферентных методов детоксикации.

Таким образом, проведенный анализ показал, что нерациональная консервативная терапия, без учета антибактериальной чувствительности препаратов, запоздалая пункция и дренирование плевральной полости, а также неэффективность их выполнения составили группу наиболее значимых дефектов и ошибок в оказании медицинской помощи больным с острой неспецифической эмпиемой плевры.

Применение системы многофакторного анализа позволило выделить отдельно другие показатели, статистически значимые связанные с неудовлетворительными результатами лечения ОНЭП (табл. 4).

Таким образом, были выявлены статистически значимые факторы неблагоприятного исхода острой эмпиемы плевры: возраст больных, у которых отмечено неблагоприятное течение заболевания, составил в среднем $67,5 \pm 9,6$ года. Возраст пациентов, с благоприятным исходом — $48,5 \pm 4,1$ года. Таким образом, в более старшей возрастной группе риск оказался более высоким. Снижение относительного содержания лимфоцитов в крови оказалось значимо более высокой у больных, которые получили клиническое выздоровление. Риск получения неудовлетворительного результата оказался значимо связан с длительностью лечения. Продолжительное лечение (112 ± 36 к/дн) свидетельствовало о тяжести заболевания и значимо по срокам отличалось от пациентов, у которых заболеванием протекало наиболее благо-

Таблица 4
Факторы, ассоциированные с прогнозированием течения ОНЭП

Показатель	Значение или частота в группах		p
	с неблагоприятным исходом	с благоприятным исходом	
Возраст, лет	$67,5 \pm 9,6$	$48,5 \pm 4,1$	$p_f = 0,05$
Количество лимфоцитов	$4,8 \pm 0,9$ %	$8,9 \pm 1,4$	$p_f = 0,001$
Длительность лечения	43 ± 11 к/дн	112 ± 36 к/дн	$p_f = 0,001$
Осложненное течение заболевания	10 из 13 (76,9 %)	4 из 89 (4,4 %)	$p_f = 0,0001$
Фагоциты, кл /мкл	1079 ± 66	5068 ± 123	$p_f = 0,00001$
Сопутствующие заболевания	15 из 17 (88,2 %)	12 из 76 (15,7 %)	$p_f = 0,001$

приятно. Частота неблагоприятных исходов была выше (88,2%) у больных, имевших сопутствующую патологию (сахарный диабет, иммунодефицит, хроническую бронхолегочную патологию, сердечную недостаточность) по сравнению с больными, не имевшими данной патологии в анамнезе (15,7%). Неблагоприятные исходы лечения ОНЭП наиболее часто встречались, когда больные поступали с тяжелыми осложнениями (флегмона грудной клетки — 1,2%, абсцессы печени — 1,2%, сепсис с мета-

статическим поражением других органов — 4,5%, легочным кровотечением — 3%, тромбоэмболией легочной артерии — 2%, токсическим миокардитом — 2,4%).

Таким образом, анализ выявленных дефектов оказания медицинской помощи больным с острой неспецифической эмпиемой плевры, а также прогностические неблагоприятные факторы течения данного заболевания позволят в перспективе улучшить результаты лечения больных с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лантев А.Н., Крыжановский В.Л., Лантева И.М. Эмпиема плевры // Медицинская панорама: научно-практический журнал для врачей и деловых кругов медицины. — Минск, 2005. — № 4. — С. 3-7.
2. Неверов А.Н., Третьяков А.А., Стадников А.А. Микробиологические и морфофункциональные аспекты применения споробактерина в лечебной коррекции острой эмпиемы плевры // Вестник ОГУ. — 2006. — Т. 2, № 6. — С. 132-137.
3. Сидоренко С.В. Микробиологические аспекты хирургических инфекций // Инфекции в хирургии. — 2003. — Т. 1, № 1. — С. 22-29.

4. Ходош Э.М. От знаний к клиническому мышлению, от парапневмонического плеврита — к гнойному // Здоровье Украины. — 2006. — № 4. — С. 34-39.

5. Cochran J.B., Tecklenburg F.W., Turner R.B. Intrapleural instillation of fibrinolytic agents for treatment of pleural empyema // *Pediatr. Crit. Care. Med.* — 2003. — Vol. 4, № 1. — P. 39-43.

6. Rahman N.M., Chapman S.J., Davies R.J. Diagnosis and management of infectious pleural effusion // *Treat. Respir. Med.* — 2006. — Vol. 5, N 5. — P. 295-304.

Адрес для переписки: Плеханов Александр Николаевич — д.м.н., профессор, главный хирург Республики Бурятия, 670000, г. Улан-Удэ, Дом Правительства, 1, Министерство здравоохранения РБ, тел. (83012)551161, 214920, 656076.

E-mail: plehanov.a@mal.ru;

Цыбиков Еши Нянюевич — д.м.н., директор Бурятского филиала НЦРВХ, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, тел. 23-37-24

© ПУТИНЦЕВ А.М., ШРАЕР Т.И., ЛИШОВ Е.В., СТРУКОВА О.А. — 2009

АНАТОМО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ СПОСОБОВ ПОРТАЛИЗАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А.М. Путинцев, Т.И. Шраер, Е.В. Лишов, О.А. Струкова
(Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово,
ректор — д.м.н., проф. В.М. Ивойлов;

Кузбасский филиал НЦРВХ СО РАМН, г. Кемерово, директор — д.м.н., проф. Е.В. Лишов)

Резюме. Изучена хирургическая анатомия вен портального и кавального бассейнов на 160 трупном материале в плане реализации портализации левого надпочечного кровотока.

Разработаны и применены в клинике селективные способы анастомозов. С учетом травматичности, атромбозности выделен оптимальный вариант надпочечно-селезеночный анастомоз по типу конец в бок.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, портализация, селективные анастомозы.

ANATOMO-SURGICAL GROUNDING OF SELECTIVE METHODS OF PORTALIZATION AT SEVERE AND MALIGNANT ARTERIAL HYPERTENSION

A.M. Putintsev, T.I. Shrayev, E.V. Lishov, O.A. Strukova
(State Medical Academy, Kemerovo;
Kuzbass Branch of SCRRS SB RAMS, Kemerovo)

Summary. Surgical anatomy of veins of portal and cava basins on the basis of material taken from 160 corpses to perform portalization of left suprarenal blood current.

The authors worked out and applied in the clinic selective methods of anastomoses. Taking into account traumatic and atrombogenic character the optimum variant of suprarenal-splenic side-to-side anastomosis.

Key words: arterial hypertension, portalisation, selective anastomoses.

Актуальность проблемы артериальной гипертонии (АГ) у больных связана с ее широкой распространенностью, определяющей ролью в структуре сердечно-сосудистой и общей летальности. У лиц с повышенным артериальным давлением, начиная с 45-летнего возраста, продолжительность жизни в среднем на 10 лет короче, чем у людей без артериальной гипертонии, что связано с более ранним развитием атеросклероза, как и следствие — инфаркта миокарда и мозгового инсульта.

Многими исследователями показано наличие прямой взаимосвязи между уровнем АД и риском сердечно-сосудистых осложнений [4, 15, 16, 17].

По данным мета-анализа S. MacMahon и соавт. [17], основанного на результатах 9 проспективных исследований, включивших в общей сложности более 400000 больных, вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС) находится в прямой линейной зависимости от уровня как систолического (САД), так и диастолического давления (ДАД) АД. Артериальная гипертония является важнейшим прогностическим фактором инфаркта миокарда (ИМ), острого и преходящего нарушения мозгового кровообращения, хронической сердечной недостаточности, общей и сердечно-сосудистой смертности. В свою очередь, наличие у больного с артериальной гипертонией ИБС, независимо от ее формы (стенокардия напряжения,