

ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО

Д.А.Фурзиков,
В.Ю.Горшков,
Е.И.Решетов

ГБОУ ВПО
«Нижегородская
государственная
медицинская академия»,
ГБУЗ «Городская клиническая
больница № 5»,
г. Нижний Новгород

Фурзиков
Дмитрий Леонидович –
e-mail: furzikoff@mail.ru

В статье представлены результаты лечения 228 больных гангреной легкого за период с 1991 по 2009 г. Разработан новый подход к лечению данных пациентов, предусматривающий применение дренирующих операций. Торакоабсцессостомия (торакостомия) была применена у 112 (49,1%) больных. Летальность при выполнении дренирующих операций значительно ниже (14,3%), чем при резекции легкого (24,3%). Разработан принцип последующего послеоперационного ведения больных после торакостомии с применением этапного хирургического лечения.

Ключевые слова: гангрена легкого, дренирующие операции, резекция легкого, этапное лечение.

The article presents the results of treatment of 228 patients with lung gangrene in the period from 1991 to 2009. A new approach to treating these patients, providing for the use of drainage operations. Torakoabstsessostomia (torakostomia) was used in 112 (49.1%) patients. Mortality in the performance of drainage operations is significantly lower (14.3%) than for lung resection (24.3%). The principles of the subsequent post-operative management of patients after torakostomii using staged surgical treatment

Key words: gangrene of the lung, draining operation, resection of lung, stage treatment

На сегодняшний день среди хирургов нет единого мнения о том, какое место должны занимать дренирующие операции (торакостомия, торакоабсцессостомия) при лечении гангрены легкого. Некоторые хирурги рассматривают этот вид хирургического вмешательства в своих работах только как «операцию отчаяния», когда иные методы по тяжести состояния не могут быть применены, другие авторы применяют данные операции и по другим показаниям (Гостищев В.К. и соавт., 2001, Гладун Н.В., Цыбырнэ К.А., 1991).

В настоящей статье анализированы истории болезни 112 пациентов, проходивших лечение в отделении хирургии легких и средостения за период с 1991 по 2009 год. У всех пациентов был установлен диагноз гангрена (гангренозный абсцесс) легкого и у всех в качестве первого этапа оперативного лечения была выполнена дренирующая операция (торакостомия, торакоабсцессостомия). За данный период времени в отделении было пролечено 228 больных с диагнозом «гангрена легкого», дренирующие операции применены почти у половины (49,1%) пациентов.

Показания к выполнению торакостомии (торакоабсцессостомии) были следующие:

- гангренозной абсцесс легкого;
- гангрена (гангренозный абсцесс) легкого при наличии осложнений: флегмона грудной стенки, эмпиема плевры, поражение контрлатерального легкого;
- гангрена легкого (в качестве подготовительного этапа лечения с последующим выполнением резекции легкого).

Противопоказаниями к выполнению дренирующих операций были:

- легочное кровотечение или наличие легочных кровотечений в анамнезе;

- пневмоторакс (пиопневмоторакс), осложнивший течение гангренозного абсцесса легкого.

Показания и противопоказания к выполнению дренирующих операций в достаточной степени условны. Абсолютным противопоказанием является только легочное кровотечение. Кровохарканье в анамнезе в ряде случаев позволяет выполнить торакоскопию (торакоабсцессостомию). Ограниченные формы гангрены легкого могут быть показаниями как для выполнения резекции, так и для выполнения дренирующей операции, но по нашим данным дренирующие операции дают меньшее количество осложнений и меньшую летальность и зачастую являются окончательным, «радикальным» вмешательством. Таким образом, в большинстве случаев хирург может выбрать, что выполнить первым этапом лечения – резекцию легкого с большим риском осложнений и летальностью по нашим данным (24,3%) или дренирующую операцию. Несомненным преимуществом торакостомии (торакоабсцессостомии) остается простота исполнения и хорошая переносимость больными.

Из 112 больных подавляющее большинство (111) были мужчины. Пациенты были в возрасте от 17 до 75 лет, большая часть больных была в возрастном промежутке от 40 до 59 лет (71,1%). Больных гангренозным абсцессом легкого было 66 (58,9%), с гангреной легкого – 46 (41,1%). Отмечены следующие осложнения заболевания: эмпиема плевры – 58 (51,8%), флегмона грудной стенки – 28 (25%), поражение контрлатерального легкого – 8 (7,1%), кровотечение (кровохарканье) – 8 (7,1%), серозно-гнойный

перикардит – 2 (1,8%). Всего осложнения диагностированы у 70 (62,5%) больных, причем у 31 (27,7%) человека было 2 осложнения и более. Осложнения возникли у 84,8% (39) больных гангреной легкого и у 37,9% (25) больных гангренезным абсцессом.

Всем больным лечение начиналось с назначения консервативного лечения и выполнения закрытого дренирования плевральной полости (полости абсцесса). Точку для плевральной пункции и установки дренажа определяли либо под контролем ЭОПа при многоосевой рентгеноскопии, либо под контролем УЗИ. Применение закрытого дренирования на предварительном этапе перед операцией позволяло: уменьшить проявления гнойной интоксикации, дыхательную недостаточность, при последующем рентгенологическом контроле в динамике можно было сделать вывод о наличии достаточных сращений между легким и грудной стенкой в зоне патологического процесса. Выполнение фистулографии перед операцией позволяло уточнить размер полости деструкции, ее форму, зону прилегания к грудной стенке. Дренаж удалялся непосредственно перед началом операции, дренажный ход при этом прокрашивался.

Основная цель дренирующих операций – удаление из плевральной (внутрилегочной полости) некротизированных участков легочной ткани (секвестров) и обеспечение адекватной санации гнойной полости в послеоперационном периоде. Выполнялось два вида вмешательств: торакостомия у 57 (50,9%) и тораккоабсцессостомия у 55 (49,1%) больных. Различия между ними в том, что при тораккоабсцессостомии вскрывается легочная ткань с последующей фиксацией стенки абсцесса к коже. При тораккоабсцессостомии сохраняется риск развития пиопневмоторакса, если сращения между легким и грудной стенкой оказываются недостаточными. Подобная ситуация встретилась в 5 случаях (9%), дополнительно выполнялось интраоперационное дренирование плевральной полости и фиксация легкого швами по краю стомы. В 4 случаях осложнение было ликвидировано, в 1 поддерживались явления пиопневмоторакса, герметичности создать не удалось, что в конечном счете послужило причиной прогрессирования процесса и летального исхода. Фиксированные секвестры в большинстве случаев интраоперационно полностью не удалялись, санация полости проводилась постепенно, во время перевязок. Попытка выскабливания полости абсцесса в период освоения метода привела к профузному легочному кровотечению, закончившемуся смертью больного. Операция завершается формированием стомы путем подшиванием к коже париетальной плевро или стенок абсцесса и установкой в полость тампонов с водорастворимой мазью.

На госпитальном этапе послеоперационные осложнения возникли у 22 (19,6%) больных, 16 (14,3%) из них умерло. Среди 6 больных с осложненным послеоперационным

периодом, которые были пролечены и выписаны из стационара, у 4 отмечался послеоперационный пиопневмоторакс (успешно ликвидированный), в 1 случае возникло внутриплевральное кровотечение, была выполнена плевропневмонэктомия с пластикой дефекта грудной стенки, больной выздоровел, в 1 случае развилась пневмония со стороны операции, у 1 больного 75 лет послеоперационное течение осложнилось развитием тяжелой (ДН III) дыхательной недостаточности. Среди умерших летальность была выше в группе больных с гангреной легкого – 9 (19,6%) из 46, чем у больных гангренезным абсцессом – 7 (10,6%) из 66. Причины летальных исходов были следующими: прогрессирование деструкции легких, дыхательная недостаточность у 8 больных, кровотечение – у 4, в 2 случаях причиной летального исхода послужила обширная анаэробная неклостридиальная флегмона грудной стенки, в 1 острая сердечная недостаточность в 1-е сутки после операции и в 1 случае острое нарушение мозгового кровообращения на 9-е сутки после операции. Анализируя летальные исходы можно отметить следующее: из 6 больных, умерших от прогрессирования гангрены легкого и дыхательной недостаточности, у 4 процесс исходно был двухсторонний, причем у двоих – на фоне гормонозависимой бронхиальной астмы. В 2 случаях были допущены тактические ошибки, приведшие к летальному исходу – по характеру процесса необходимо было выполнять резекцию легкого в одном случае, в другом случае не был вовремя распознан гнойный перикардит, который осложнил течение заболевания. Обширная анаэробная неклостридиальная флегмона грудной стенки, осложнившая течение гангрены легкого и послужила причиной смерти у 2 больных, но можно отметить, что еще у 2 больных в аналогичной ситуации удалось добиться выздоровления. Во всех 3 случаях смерти от легочного кровотечения были допущены ошибки в тактике ведения больных: в одном случае было применено выскабливание стенок абсцесса, в двух случаях дренирующая операция выполнена у больных, имевших в анамнезе легочное кровотечение объемом более 500 мл – последним двум больным была показана резекция легкого. В двух случаях у больных внезапно развилось нарушение мозгового кровообращения и острая сердечная недостаточность – подобные ситуации мало зависят от характера вмешательства на легких и их весьма сложно прогнозировать.

Можно сказать, что в 5 случаях метод хирургического лечения был избран неверный, что повлияло на исход лечения. Правильно разработанный алгоритм отбора больных на дренирующие операции позволит еще больше снизить показатели летальности при этих вмешательствах.

В послеоперационном периоде больным проводилась санация гнойной полости. Первую смену тампонов выполняли на 2-е сутки после операции, в дальнейшем смену

тампонов проводили через день. Тампоны в полость устанавливались в зависимости от быстроты очищения раны, наличия фиксированных секвестров на разные сроки, минимально – на 4 суток, максимально – на 25 дней. Длительное ведение раны с тампонами, на наш взгляд, нецелесообразно, появляется риск кровотечений за счет пролежней. Оптимальный срок – 7–12 дней. Швы, формирующие стому, снимали на 5–6-й день после операции.

После торакостомии у больных уже в первые сутки после операции отмечалось значительное улучшение состояния – уменьшались и купировались явления дыхательной недостаточности и гнойной интоксикации, нормализовалась температура, появлялся аппетит. Удовлетворительными можно признать результаты лечения на госпитальном этапе у 93 (83%) больных. 3 (2,7%) больных были выписаны без существенного улучшения: переведены для дальнейшего лечения в стационары районных больниц. В 1 случае выполненная торакоабсцессостомия больному 75 лет привела к уменьшению явлений интоксикации и одновременно – к развитию тяжелой дыхательной недостаточности. В 1 случае гангрена легкого возникла на фоне рака пищевода IV стадии с формированием эзофагобронхиальной фистулы (диагностирован после операции) и выполненная торакоабсцессостомия не привела к уменьшению явлений интоксикации. Еще в 1 случае выполненная торакоабсцессостомия больному гангренозным абсцессом, осложненным эмпиемой плевры и флегмоной грудной стенки, не привела к полной ликвидации явлений гнойной интоксикации. После длительного послеоперационного периода в клинике с незначительной положительной динамикой больной был переведен в районную больницу.

Мы не применяли оперативное закрытие стомы во время первого госпитального этапа. Больные выписывались на амбулаторное лечение, перед выпиской обучались самостоятельному выполнению перевязок.

Отдаленные результаты изучены у 57 (61,3%) из 93 больных в сроки от 2 месяцев до 6 лет.

Стома закрылась самостоятельно, в сроки от 2 до 8 месяцев у 17 (39,8%) больных. Не закрылась у 3 больных (5,3%) – у 1 пациента сформировался стойкий бронхоторакальный свищ, в течении 1,5 лет сохраняется отделяемое по стоме, но от этапной операции больной отказывается, в 2 случаях сформировался точечный плевроторакальный свищ, больные были адаптированы к ситуации (возраст обоих превышал 70 лет) и на повторное вмешательство согласие не дали. Остальным больным было выполнено оперативное закрытие стомы. Чаще других применялась мышечная пластика остаточной полости с кожно-мышечной пластикой грудной стенки – 27 (47,4%) пациентов. В 6 (10,5%) случаях – мышечно-реберная пластика. 5 (8,8%) больным выполнена резекция легкого с пластикой дефекта грудной стенки,

3 пациентам была выполнена плевропневмонэктомия с мышечной пластикой дефекта, в 2 случаях – лобэктомия с закрытием дефекта грудной стенки (у одного больного закрытие дефекта выполнено перемещенной диафрагмой). Для выбора наиболее оптимального варианта операции на втором этапе оперативного лечения применялась бронхография, в последние 5 лет активно используется спиральная компьютерная томография легких.

Отдаленные результаты были расценены как хорошие у 45 (78,9%) больных. В этой группе в результате самостоятельного закрытия стомы или с применением мышечной (мышечно-реберной) пластики в последующем у больных не отмечено рецидивов заболевания. Рентгенологически полости в легком не определяются либо определяется небольших (в сравнении с первичной) размеров сухая полость. Данную ситуацию мы расцениваем как наступившее полное или клиническое выздоровление. У 4 (7%) пациентов отмечены рецидивы заболевания, 2 из них выполнена резекция легкого: в одном случае пневмонэктомия с пластикой дефекта грудной стенки, в другом – нижняя лобэктомия (рецидив возник через 2 года после операции, стома к тому моменту была закрыта оперативно). В 4 (7%) случаях у больных сформировался стойкий бронхоторакальный свищ, одному из этих больных выполнена нижняя лобэктомия с пластикой дефекта грудной стенки перемещенной диафрагмой, Трое от операции отказались. У 1 (1,8%) больного неудовлетворительный результат не был связан с характером выполненной операции – гангрена доли легкого развилась на фоне сдавления бронха опухолью, которая на момент первичного обращения врастала в средостение и была неудаляема. Больной обратился через 3 года в связи со сдавлением пищевода, была наложена гастростома. В 3 (5,3%) случаях в отдаленном периоде наступила смерть, в 1 случае причиной было легочное кровотечение через 3 года после первой операции, в 2 случаях смерть наступила дома (через 8 месяцев и через 2 года после операции), вскрытие не проводилось, причина смерти остается неясной.

ВЫВОДЫ

1. Дренирующие операции (торакоостомия и торакоабсцессостомия), выполненные по показаниям и в оптимальные сроки, позволяют значительно снизить летальность при гангрене легкого.

2. Дренирующая операция может быть как самостоятельным, так и этапным вмешательством при лечении гангрены легкого.

3. Этапное лечение, предусматривающее последовательное применение различных методик (консервативное лечение с использованием малоинвазивных вмешательств, дренирующие операции и резекцию легкого), существенно улучшает результаты лечения гангрены легкого.