

менение плевральных пункций ограничивалось начальной стадией эмпиемы, легко поддающейся лечению.

Пункции и закрытое дренирование являлись основным методом лечения у 102 больных. Они оказались эффективными у 93. Средняя продолжительность такой терапии — 49,3 дня. Летальность — 8,8 %. Основными причинами смерти были сепсис и септические осложнения.

Опыт показал, что плевральные пункции и закрытое дренирование эффективны только при плевральной форме заболевания, своевременно начатом и достаточно интенсивном лечении.

Дальнейшая тактика зависела от формы заболевания. Больным с плевральной формой после адекватного дренирования и интенсивной санации полости эмпиемы плевры производили раннюю плеврэктомию и декортикацию легкого. Оперативное вмешательство считали показанным при неэффективности консервативного лечения в течение 1—2 недель, стабилизации эмпиемной полости, появление фиброзных шварт, ригидном легком, многокамерном фибринозном плеврите, бронхиальных свищах. Выполнение операции в ранние сроки уменьшало ее травматичность и способствовало более быстрому и полному расправлению легкого.

Декортикация легкого выполнена 67 (29,9 %) больным. Выздоровели 90,3 % больных, летальность составила 1,6 %. Резекция легкого произведена у 55 (24,6 %) больных. Выздоровели 39 (70,9 %), умерли 4 (7,3 %) больных от рецидива эмпиемы в остаточной полости после резекции.

Изучение видового состава микрофлоры показало, что преобладающими остаются стафилококк (41,2 %), синегнойная (до 26,5 %) и кишечная (до 14 %) палочки.

Выявленные при исследовании иммунологические реактивности дисфункция фагоцитарной системы, активация аутоиммунной реакции, стойкая микробная сенсibilизация, резкое угнетение Т-системы и нарушение регуляции В-системы иммунитета подтвердили важность проведения не только санационной, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии, но и иммунокорректирующей терапии.

Наиболее частыми осложнениями после оперативных вмешательств являлись нагноение раны (13,1 %), остаточная полость (4,1 %), рецидив эмпиемы (7 %).

Для предупреждения нагноений ран хорошо зарекомендовал себя комплексный метод, включающий ее обработку растворами антисептиков (диоксидин, хлоргексидин), ультрафиолетовое облучение и дренирование перфорированным дренажем, выведенным через отдельные проколы.

Более высокий процент летальных исходов и послеоперационных осложнений заставил нас сдержаннее относиться к обширным резекциям легкого при абсцессах, осложненных эмпиемой плевры.

Таким образом, выбор метода лечения и объема оперативного вмешательства во многом зависят от формы заболевания. При плевральной форме лучшие результаты дает активная хирургическая тактика, включающая адекватное дренирование, интенсивную санацию полости эмпиемы, раннюю плеврэктомию и лечение иммунологическими препаратами.

А.В. Гурулев, Н.Н. Цыбиков, Д.Г. Болотова, А.В. Дрокова

ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Острые нагноительные заболевания плевры в последние годы имеют тенденцию к росту. Это связано со снижением иммунитета пациентов, увеличением антибиотикоустойчивых форм возбудителей и ростом агрессивности в отношении факторов естественной резистентности организма. Все большую роль в этиологии заболеваний в настоящее время играет грамотрицательная флора — как среди аэробов, так и в спектре неклостридиальных анаэробов.

В последние годы отмечается значительный рост числа острых абсцессов легкого и эмпием плевры, являющихся, как правило, осложнением пневмоний, легочных ателектазов, травм и оперативных вмешательств. При этом происходит изменение видового состава флоры, рост ее агрессивности и антибиотикорезистентности.

При госпитализации больных с эмпиемой плевры диагноз устанавливается по клинико-рентгенологическим данным, а подтверждается трансторакальной пункцией, при которой содержимое полости берут на бактериологическое исследование. Изучение микробного состава мокроты также информативно, однако материал, полученный непосредственно из гнойного очага или из бронхов при проведении фибробронхоскопии, является более «чистым» в плане идентификации возбудителя.

В результате анализа истории болезни 224 пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу эмпиемы плевры в период 2002—2006 гг. в хирургическом отделении Городской клинической

больницы № 1, оказалось, что в 64 % случаев возбудителями в монокультуре были аэробы, в 13 % — анаэробы и в 23 % — сочетание патогенов обеих групп.

Современные достижения торакальной хирургии в лечении эмпиемы плевры и их последствий требуют продолжения поисков более рациональных методов диагностики и лечения. Прооперированно 122 (54,5 %) человека из общего количества больных. Возраст — от 23 до 75 лет. Средний койко-день равен 28,23. Летальность — 7 (16,5 %) человек. Применялись наиболее эффективные методы лечения: медикаментозные средства, плевральные и легочные пункции, дренирование, бронхоскопии. В последние годы использованы иммуностимулирующие и иммуномодулирующие препараты.

В повседневной практике для большинства врачей основным источником проблем остаются острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей, прежде всего, из-за их распространенности. Вряд ли существенно можно повлиять на такие предрасполагающие факторы, как социальная активность пациента, загрязнение воздуха, холодный климат и прочее, однако стимуляция местного иммунитета слизистых оболочек может поставить надежный заслон на пути ряда инфекций или привести к их абортному течению.

Местная иммунная система, ответственная за защиту инфекций на поверхности слизистых оболочек, подвергается различным нарушениям. Наряду с первичным нарушением иммунной системы вторичные нарушения являются наиболее частой причиной хронических рецидивирующих инфекций дыхательных путей. Риск инфекций особенно повышается в силу того, что факторы, ответственные за нарушение мукоцилиарной системы, одновременно ухудшают и иммунную защиту. При дисбалансе в системе иммунитета макроорганизма под действием бактерий может произойти угнетение иммунной системы продуктами секреции бактерий и эндотоксинами, освобождаемыми в процессе бактериолиза. При этом иммуностимуляции, усиливающейся с ростом числа бактерий, противостоит ими обусловленная иммуносупрессия. В механизме иммуносупрессии лежит сниженная способность лимфоцитов периферической крови человека к репарации ДНК и накопления повреждений ДНК, что приводит к генетической нестабильности. Это длительный процесс, усиливающийся под влиянием антибактериальной терапии. Он может быть ослаблен при применении иммуномодуляторов. При отсутствии иммунологической поддержки возникает опасность развития рецидива и угроза перехода заболевания из острой формы в хроническую. С учетом этого обстоятельства представляется целесообразным иммунопрофилактика и иммунотерапия с помощью препаратов, содержащих бактериальные антигены. Такая терапия должна проводиться в каждом случае заболевания эмпиемой плевры. Если же врачом принимается решение о проведении антибиотикотерапии, то иммунотерапия абсолютно необходима во избежание возникновения иммунологической недостаточности ятрогенной природы.

Устойчивый иммунореабилитационный эффект достигается тогда, когда лечебно-профилактические мероприятия разрабатываются на основе системного, комплексного подхода, который в медицине традиционно называется этиопатогенетическим лечением. Только тогда в организме больного человека можно создать необходимые условия, обеспечивающие не только восстановление физиологических уровней взаимодействия систем иммунного гомеостаза, ликвидацию иммунного дисбаланса в крови, но и, что самое главное, самовосстановление нарушенной иммунной адаптации организма, являющейся одной из форм существования и проявления неразрывного иммунонейрогормонального единства.

А.В. Гурулев, И.А. Михайличенко, С.А. Мясников, Д.Г. Болотова, Ю.В. Потемкин

ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОЯ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118 — 200 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний — от 34 до 41 %.

Для геморроя традиционно характерны два основных симптома — кровотечение (51 %) и выпадение узлов из анального канала (37 %). При этом заболевании также отмечаются такие симптомы, как анальный зуд (9 %), чувство дискомфорта в анальном канале (5 %), выделение слизи (2 %).

Сегодня перед колопроктологией стоит сложный вопрос: как и когда лечить геморрой. Ведь само по себе наличие геморроидальных узлов не является показанием к оперативному вмешательству.

Безусловно, при остром геморрое показано консервативное лечение, но следует отметить, что его профилактика, прежде всего, заключается в нормализации деятельности пищеварительного тракта, лечении синдрома раздраженной толстой кишки, которые встречаются более чем у половины пациентов, заболевших геморроем.