

Комплексне лікування гнійно-деструктивних захворювань легень

V.V. MALYOVANY, K.O. KALAYDZHAN, P.Y. VIVCHAR, P.A. SAS

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

COMPLEX TREATMENT OF PYO-DESTRUCTIVE DISEASES OF LUNGS

Проведено аналіз результатів лікування 138 хворих із гострими гнійно-деструктивними захворюваннями легень, що супроводжувалися (39 хворих (28,2 %)) внутрішньоплевральними ускладненнями (емпієма плеври, піопневмоторакс, випітний плеврит), легeneвими кровотечами та флегмоною грудної стінки. Даним хворим проводили комплексне лікування (антибактеріальна, детоксикаційна терапія, санація трахеобронхіального дерева та плевральної порожнини, ендолімфатична імуностимуляція). Летальність склала 7,9 % (11 хворих). Причинами смерті були прогресивна гнійна інтоксикація (4-2,8 %), легенева недостатність (3-2,1 %), легенева кровотеча (4-2,8 %).

The analysis of treatment of 138 patients with acute pyo-destructive diseases of lungs accompanied with (39 patients (28,2 %)) intrapleural complications (empyema of pleura, pyopneumothorax, perspirative pleuritis), pulmonary bleedings and phlegmon of pectoral wall has been carried out. The mentioned patients were undergone to complex treatment (antibacterial, detoxication, therapy, sanation of tracheobronchial tree and pleural cavity, endolymphatic immunostimulation).

До теперішнього часу в літературі проаналізовано великий клінічний досвід, висвітлені питання патогенезу, комплексного патогенетичного лікування, показань до хірургічного лікування гострих гнійно-деструктивних захворювань легень (ГГДЗЛ), розроблені організаційні питання допомоги пульмонологічним хворим. Однак, як вказує більшість авторів [1, 3, 4], частота ГГДЗЛ залишається високою, число тяжких та ускладнених форм деструкції легень не знижується, а летальність залишається в межах 7-20 % залежно від контингенту хворих [3, 4].

В клініці шпитальної хірургії Тернопільського державного медичного університету (відділення торакальної хірургії ТОККЛ) за період 2002-2008 рр. перебували на лікуванні 138 хворих із різними формами абсцесів легень (123 чоловіків, 15 жінок). В основному це були особи працездатного віку (26-60 років). У 37 хворих була абсцедивна пневмонія (з переважною локалізацією в верхній частці правої легені – 31 хворий), у 72 хворих – гострий абсцес легень, у 19 хворих – гігантський абсцес, у 6 хворих – гангренозний абсцес та гангрена легені, у 4 хворих – аспіраційна абсцедивна пневмонія. Двобічне ураження легень спостерігали у 14 хворих.

За даними ряду авторів [2, 4, 5], збільшення кількості тяжких та ускладнених форм ГГДЗЛ зумовлено рядом об'єктивних причин:

- розповсюдженням антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів;
- зниженням ефективності антибактеріальної терапії та нераціональним використанням антибіотиків;
- ростом грамнегативної та неклостридіальної анаеробної флори;
- наявністю факторів, що пригнічують захисні властивості організму (алкоголізм, куріння, авітаміноз, алергізація тощо).

Вивчення анамнезу показало, що основними помилками в лікуванні цих хворих були затримка в госпіталізації, нераціональна антибіотикотерапія без врахування антибіограми, відсутня корекція порушень білкового обміну, електролітного балансу, не використовувались імунні препарати. Відсутність динамічного рентгенологічного контролю була причиною несвоєчасної діагностики внутрішньоплевральних ускладнень.

Всі пацієнти переведені в відділення торакальної хірургії ТОККЛ із лікувальних закладів Тернопільської області в терміни від 7 діб до 1,5 місяця. Більшість госпіталізована в стані середньої тяжкості та тяжкому стані (гектична температура, виражені явища гнійної інтоксикації та дихальної недостатності).

При лабораторному обстеженні спостерігали гіпопротеїнемію, зниження альбуміно-глобуліново-

го коефіцієнта, рівня ліпідів, виражений паличкоядерний зсув та анемію. Клінічна картина відповідала гнійно-резорбтивним процесам.

Результати дослідження. Легеневі та плевральні ускладнення спостерігали у 39 (26,08 %) хворих.

Характер та кількість ускладнень:

- піопневмоторакс 7 (5 %);
- емпієма плеври 11 (7,9 %);
- ексудативний плеврит 7 (5,07 %);
- кровохаркання, легенева кровотеча 11 (7,9 %);
- флегмона грудної стінки 3 (2,1 %).

У хворих із первинно-бронхогенними формами деструкції легень захворювання розпочиналось із гострого респіраторного захворювання, грипу, пневмонії, лише у 4 пацієнтів був аспіраційний генез процесу.

При бактеріологічному посіві виділяли гемолітичний стрептокок, стафілокок, ентеробактер, протей, кишкову паличку, синьогнійну паличку.

У 24 (17,4 %) хворих за клінічними проявами та рентгенологічними даними можна було припустити наявність гнильної анаеробної флори, що враховували при лікуванні цієї категорії хворих.

Принципи комплексного консервативного лікування хворих із двобічними гострими деструктивними процесами (14 хворих, 10,1 %) не відрізнялись від лікування однобічних уражень: раціональна антибактеріальна терапія; застосування препаратів для підвищення імунологічної реактивності організму; повноцінна інфузійна терапія; корекція водно-електролітного та білкового обмінів; санація трахеобронхіального дерева та плевральної порожнини (у хворих із внутрішньоплевральними ускладненнями); детоксикаційна терапія; підтримка діяльності серцево-судинної системи.

Слід відзначити, що для проведення ефективного лікування необхідний адекватний рентгенологічний та лабораторний контроль. Рентгенологічне обстеження проводили в динаміці, залежно від змін в клінічній картині, але не рідше 10 днів. Лабораторні показники визначали один раз на 3-7 днів. При тяжкому стані хворих – щоденно. Це дозволило виявляти ускладнення патологічного процесу та своєчасно корегувати терапію.

Антибактеріальну терапію проводили внутрішньовенно згідно з антибіограмою. Санація трахеобронхіального дерева шляхом мікротрахеостомії прискорювала ліквідацію запальних процесів.

Розповсюдженість гнійно-деструктивних процесів вимагає ретельної корекції енергетичних втрат організму (плазма свіжозаморожена, антистафілокова, альбумін), гемотрансфузії.

У тяжких випадках використовували ендолімфатичну імуностимуляцію (тималін, тимоген, Т-активін).

Померли 11 (7,9 %) хворих. Причинами смерті була прогресивна інтоксикація (4 – 2,8 %), легенева недостатність (3 – 2,1 %), легенева кровотеча (4 – 2,8 %).

Висновки. Для поліпшення результатів лікування гнійно-деструктивних захворювань легень необхідна правильна організація лікування на ранніх стадіях захворювання. Великого значення набувають рання діагностика, своєчасна госпіталізація та адекватне лікування в терапевтичних стаціонарах, своєчасне звернення хворих за медичною допомогою, що, в свою чергу, залежить від правильної організації роботи сімейного лікаря.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вишневский А.А., Акулбеков И.К. Анаэробная неклостридиальная инфекция в этиологии гнойных заболеваний легких и плевры. Всесоюзный симпозиум "Анаэробная неклостридиальная инфекция в гнойной хирургии". – Тернополь, 1989. – С. 75-76.
2. Даниленко М.В., Коваль И.И., Мехиа Х., Федоренко В.П., Звезденкин О.А. Характер микрофлоры при острых гнойно-деструктивных заболеваниях легких и плевры // Клин. хирургия. – 1989. – № 10. – С. 5-7.
3. Стручков В.И., Недвецкая Л.М., Долина О.А. и др. Хрони-

- ческие нагноительные заболевания легких, осложненные кровотечениями. – М., Медицина, 1985. – 254 с.
4. Колесников И.С. Хирургия легких и плевры. – Л.: Медицина, 1988. – 381 с.
5. Martella A.T., Santos G.H. Decortication for chronic postpneumonic empyema // Journal of the American College of Surgeons. – Department of Surgery, Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, Bronx, NY 10461, USA. – 1995. – V. 180, № 5. – P. 573-576.

Отримано 17.12.09