

На правах рукописи



003056191

БАЛЯСНИКОВ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

**Торакоабсцессостомия в комплексном лечении гангренозных
абсцессов и гангрены легкого**

14 00 27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2007

Работа выполнена в ГОУ ВПО Московской медицинской
академии им И.М.Сеченова

Научный руководитель:
академик РАМН, доктор
медицинских наук,
профессор

Виктор Кузьмич Гостищев

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук,
Профессор

Юрий Викторович Бирюков

Доктор медицинских наук

Владимир Дмитриевич Царшин

Ведущая организация: Институт хирургии им А В Вишневского

Защита состоится «16» апреля 2007 г в 14 часов на
заседании Диссертационного Совета Д 208 040.03 при Московской
медицинской академии им И.М Сеченова (119992, Москва, ул
Трубецкая, д 8, стр 2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ММА
им И.М Сеченова (117998, Москва, Нахимовский проспект, д 49)

Автореферат разослан «14» марта 2007 г

Ученый секретарь
Диссертационного Совета
доктор медицинских наук,
профессор

**Александр Михайлович
Шулутко**

Общая характеристика работы

Актуальность темы.

Комплексное лечение гангрены и гангренозных абсцессов легких является серьезной проблемой хирургии острой инфекционной деструкции легких. Это обусловлено ростом заболеваемости данной патологией и сохраняющейся высокой послеоперационной летальностью при использовании резекционных операций и пневмоэктомий – от 23 до 70 % (Стручков В И, 1981, Колесников И С с соавт, 1983, Вагнер Е А с соавт, 1987, Лесницкий Л С с соавт, 1989, Рудин Э П с соавт, 1990, Медвенский Б В, 1993, Гостищев В К, Харитонов Ю К, 2001, Григорьев Н Н, 2000, Бисенков Л Н и соавт, 2003)

Данные обстоятельства послужили предпосылками пересмотра взглядов на дренирующие органосохраняющие операции – пневмоэктомию, торакоабсцессостомию (Гладун Н В, Цыбырю К А, 1991, Гостищев В К с соавт, 1998, 2001, Перельман М И с соавт, 2001). В тактических подходах предпочтительно разделение оперативного лечения гангрены легкого на два этапа (Фруктов С С, 2000, Флоркиан А К, 2001)

При использовании дренирующих операций исходом заболевания является формирование остаточной полости или «решетчатого» легкого, что требует выполнения торакопластической или резекционной операции. Среди хирургов нет единого мнения, какой из видов операции выбрать для ликвидации остаточной полости или «решетчатого» легкого (Колесников И С, Лыткин М И, 1988, Григорьев Н Н, 2000)

Таким образом, при гангренозных абсцессах и гангрене легкого сохраняются вопросы выбора оперативного вмешательства, этапности хирургического лечения, ликвидации остаточных полостей и рецидивов заболевания в отдаленные сроки после лечения

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с гангренозными абсцессами и гангреней легких путем совершенствования тактики хирургического лечения с использованием операции

торакоабсцессостомии и разработки дифференцированного подхода к выбору оперативного вмешательства на втором этапе лечения

Для достижения цели были поставлены следующие задачи

Задачи исследования:

- 1 Обосновать двухэтапную тактику оперативного лечения гангрены и гангренозных абсцессов легкого с использованием торакоабсцессостомии
- 2 Разработать дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства на этапе закрытия торакоабсцессостомы
- 3 Определить оптимальные сроки для выполнения пластических операций у больных с торакоабсцессостомой
- 4 Оценить эффективность метода лечения гангрены и гангренозных абсцессов на основании отдаленных результатов

Научная новизна:

- 1 Разработана двухэтапная тактика оперативного лечения гангрены и гангренозных абсцессов легкого, первым этапом которой является операция торакоабсцессостомия
- 2 Определены показания, сроки выполнения, объем и характер оперативного вмешательства на втором этапе лечения
- 3 Изучены исходы заболевания при использовании двухэтапной тактики оперативного лечения, в том числе в отдаленном периоде

Практическая значимость. Разработан и предложен для применения в клинической практике алгоритм лечения больных с гангренозными абсцессами и гангреной легкого, позволяющий улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения у данной группы больных

Внедрение. Результаты внедрены в лечебную практику торакального отделения клиники кафедры общей хирургии ММА им И М Сеченова на базе ГКБ №23 им «Медсантруд»

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на научной конференции кафедры общей хирургии лечебного факультета ММА им И М Сеченова (Москва, декабрь 2006г)

Публикации. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ

Основные положения выносимые на защиту.

- 1 Оперативное лечение больных с гангреной и гангренозными абсцессами легких следует разделять на этапы
- 2 Торакоабсцессостомия применяется как первый этап радикального лечения гангрены и гангренозных абсцессов легких, но может быть и самостоятельным методом лечения
- 3 Наложение торакоабсцессостомы должно проводиться с учетом прогнозируемого объема операции выполняемой на втором этапе лечения (плевропневмонэктомия, пластические операции)

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 118 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных наблюдений, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы, включающего 153 источника, в том числе 27 зарубежных. Текст диссертации иллюстрирован 10 таблицами, 1 диаграммой, 3 фотографиями, 29 рентгенограммами

Общая характеристика клинических наблюдений и методы исследований.

Данная работа основана на анализе результатов обследования и лечения 105 больных гангренозными абсцессами и гангреной легкого, находившихся в торакальном отделении клиники кафедры общей хирургии ММА им ИМ Сеченова на базе 23 ГКБ им «Медсантруд» с 1996 по 2003 гг

Возраст пациентов составлял от 28 до 75 лет (в среднем 46,95) Мужчин 91, женщин – 14. В 78,1% случаев больные переведены в отделение из других стационаров. Сроки от начала заболевания до поступления в отделение составляли от 10 до 60 дней (в среднем 25,9 суток)

Обследование пациентов включало клиническое исследование, рентгенографию органов грудной клетки в двух проекциях, фибробронхоскопию и лабораторные исследования. В 11 случаях

гангренозный характер деструкции легкого установлен по данным диагностической торакоскопии

При проведении дифференциального диагноза у 8 пациентов выполнена компьютерная томография легких и в 12 случаях - селективная бронхография

Гангренозный абсцесс диагностирован у 42 и распространенная гангрена - у 63 больных. Локализация поражения представлена в таблице №1

Таблица 1

Локализация и распространенность патологического процесса

Локализация гангрены (доля)	Правое легкое	Левое легкое
Верхняя	19(18,1%)	13(12,38%)
Средняя	3(2,86%)	-
Нижняя	5(4,76%)	23(21,9%)
Верхняя и средняя	6(5,71%)	-
Средняя и нижняя	23(21,9%)	-
Верхняя и нижняя	-	-
Все легкое	8(7,61%)	5(4,76%)
Всего 105	64(61%)	41(39%)

Клиническая картина у всех больных складывалась из синдромов поражения системы органов дыхания и синдрома гнойной интоксикации. При этом в 36% случаев эндотоксикоз (классификация В К Гостищева, 1992) достигал III степени выраженности, II степени - в 45%, I степени - в 19%

Только у 11 пациентов заболевание имело несложненное течение. Наиболее часто наблюдался ограниченный пиопневмоторакс - 60% случаев. Пневмония противоположного легкого - 32% наблюдений. Структура наблюдавшихся осложнений представлена в таблице №2

Бактериологическому исследованию подвергался материал, полученный при плевральной пункции и материал бронхиальных смывов

Осложнения гангрены легкого.

	Тотальный пневмоторакс	Ограниченный Пневмоторакс	Легочное кровоотечение	Флегмона грудной стенки	Гнойный перикардит	Сепсис	Контралатеральная Пневмония
Ограниченная гангрена	5	21	2	1	-	1	4
Распространенная гангрена	14	42	2	2	1	3	30
Всего 105	19	63	4	3	1	4	34
	18,1%	60%	3,8%	2,8%	0,9%	3,8%	32%

Всем больным выполнялась электрокардиография, по показаниям эхокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия. Наблюдавшиеся сопутствующие заболевания представлены в таблице №3

У 83 больных на первом этапе лечения использована операция торакоабсцессостомия

Для проведения анализа хирургической тактики и выявления показаний к операции, выполненной на втором этапе лечения, в соответствии с целью и поставленными задачами, были выделены следующие группы больных

I группа - 11 больных - на втором этапе лечения выполнена плеврорезсвмонэктомия,

II группа - 34 пациента - торакомиопластика остаточной полости,

III группа - 21 больной - торакоабсцессостома закрыта паложение вторичных швов

Сопутствующая патология

	Число больных
Ишемическая болезнь сердца	6
Последствия острого нарушения мозгового кровообращения	3
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки(*-осложненная желудочно-кишечным кровотечением)	12(3*)
Бронхиальная астма	2
Сахарный диабет II типа	5
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	2

Первый этап комплексного хирургического лечения гангренозных абсцессов и гангрены легкого.

Комплекс лечебных мероприятий начинался с консервативной терапии. Для обеспечения адекватного бронхиального дренажа всем больным выполнялась фибробронхоскопия, первая процедура носила диагностический характер, ее завершали санацией трахеобронхиального дерева. Общее количество процедур у одного больного варьировало от 3 до 8.

Показанием к назначению антибактериальной терапии при поступлении служила фебрильная реакция. Основной путь введения – внутривенный. Первично назначалась комбинация из линкомицина и гентамицина в обычных терапевтических дозировках. В дальнейшем производилась коррекция терапии с учетом чувствительности микрофлоры.

У 32 больных инфузионно-детоксикационная терапия дополнена методами экстра- и интракорпоральной детоксикации. Показаниями служили неэффективность инфузионной терапии, форсированного диуреза, нарастание

парушений белково-электролитного баланса, лейкоцитарный индекс интоксикации более 6,0-6,5, уровень средних молекул плазмы крови до 0,40-0,50 усл ед и более

Для трансариаетального дренирования полости деструкции у 39 пациентов достаточным оказалось рентгенографического исследования грудной клетки в двух проекциях У 16 пациентов дренирование произведено после полипозиционной рентгелоскопии В 12 случаях дренаж установлен под контролем ультразвукового исследования Дренирование производили с помощью торакоцентеза У 15 пациентов произведены диагностические пункции с использованием как рентгелологических, так и ультразвукового, методов диагностики При пункции у этих пациентов свободного поступления гноя не отмечалось, удавалось получить гнойное отделяемое в следовых количествах, в связи с чем дренирование не производилось

Ежедневные санации полости деструкции через дренаж осуществляли растворами гипохлорита натрия 0,03%, водным раствором хлортекседина 0,5%, «Окгениссип»

Всем пациентам назначалась антиоксидантная терапия – токоферол ацетат 0,2% - 2,0, витамины группы В, аскорбиновая кислота до 2 г/сутки Иммунотерапия препаратами тималин, т-активин проведена 32 пациентам Общеукрепляющее лечение заключалось в усиленном режиме питания, энтерально назначались белковые смеси – «Берламин модуляр» и «Берламин модуль», «Кедр 2», «Нутрикомп»

В первые 5 суток от поступления в клинику, при проведении консервативной терапии умерло 20 пациентов Состояние этих больных было крайне тяжелым, и лечение проводилось в реанимационном отделении Основной причиной смерти являлась полиорганная недостаточность, развившаяся на фоне двустороннего деструктивного процесса в легких и сепсиса У одного пациента смерть наступила от профузного легочного кровотечения

Комплексная консервативная терапия и трансариетальное дренирование полости деструкции оказались эффективными лишь у 2 пациентов, которые были выписаны в состоянии клинического выздоровления

С 1996 года для лечения больших с гангренозными абсцессами и гангреной легкого применяется операция торакоабсцессостомия, которая является разработанной в клинике модификацией операции пневмотомии. Операционный доступ намечается за день до операции под контролем рентгеноскопии в области наиболее близкого прилегания полости деструкции к грудной стенке. При выполнении доступа поднадкостнично резецируется 1-2 ребра. Через ложе резецированного ребра небольшим разрезом 1,5-2,0 см вскрывается полость деструкции. Производится пальцевая ревизия полости, после чего разрез расширяется соответственно размеру полости деструкции. Далее удаляются свободно лежащие секвестры. Чаще секвестрированная легочная ткань связана со стенками полости «перемычками», которые легко разрушаются тупым путем. В случае если секвестр плотно спаян с медиастинальной плеврой отделение его не форсируется, а откладывается на последующие этапы некрэктомии. Заключительный этап операции – формирование торакоабсцессостомы. Кожа сшивается с плевронадкостничным лоскутом, при этом соблюдается тщательная адаптация кожи с надкостницей с обязательной изоляцией концов резецированных ребер. В полость вводятся тампоны, пропитанные мазью «Левомеколь». В послеоперационном периоде производятся ежедневные перевязки с удалением секвестров по мере их формирования. Механическая некрэктомия сочетается с использованием протеолитических ферментов.

Непосредственным результатом операции является торакоабсцессостома – искусственно сформированный дефект грудной стенки для дренирования полости деструкции. Показаниями к операции торакоабсцессостомии являются:

1) высокий риск проведения резекционных операций (люб., билоб-, пневмомоэктомия),

- 2) наличие свободных или формирующихся секвестров,
- 3) прогрессирующее деструкции легкого, нарастание интоксикации.
- 4) неэффективность комплексного консервативного лечения

Торакоабсцессостомию производили под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией главных бронхов

В 5 случаях наблюдались интраоперационные осложнения. Во время пальцевого отделения секвестра кровотечение развилось в 3 случаях, остановка произведена прошиванием сосуда. В послеоперационном периоде кровотечение не рецидивировало. В 2 случаях между париетальной и висцеральной плеврой не оказалось сращений, что было устранено путем пневмопексии и дренирования плевральной полости трубчатым дренажом через отдельный разрез. Вскрытие полости деструкции произведено после подшивания легкого к плевронадкостничному лоскуту.

Швы снимали на 8-10 сутки. Появление грануляционной ткани в полости деструкции отмечалось на 10-12 сутки санации. Данный период характеризовался уменьшением экссудации, в связи с чем кратность перевязок уменьшалась до одной в 2 дня. Начиная с 15-17 суток грануляционная, ткань выстилала уже всю полость.

Послеоперационный период осложнился кровотечением у 6 пациентов. Из них у 3 - аррозивное кровотечение развилось на 4-7 сутки после операции. В остальных случаях кровотечение развивалось на 15-17 сутки после операции.

В послеоперационном периоде умерло 8 больных. Послеоперационная летальность составила 9,6%. Причины летальных исходов отражены в таблице №4.

При проведении «открытой» санации у 9 из 75 пациентов отмечен ряд особенностей, которые привели к самостоятельному закрытию торакоабсцессостомы, рубцеванию остаточной полости и выздоровлению больных после первого этапа хирургического лечения.

Причины послеоперационной летальности

Осложнение	Количество больных
Аррозивное кровотечение	2
Полиорганная недостаточность	5
Тромбоз эмболия легочной артерии	1

У всех 9(12%) пациентов поражение носило ограниченный характер, и течение заболевания не сопровождалось развитием даже ограниченного пиопневмоторакса. Стенки полости деструкции были представлены легочной тканью и были эластичны. При раздражении тампоном во время перевязок, либо при произвольном кашле, начиная с 10-12 суток санации, полость спадалась. К 21-25 дню после наложения торакоабсцессостомы полость деструкции полностью выполнялась грануляционной тканью и трансформировалась в обычную гранулирующую рану, заживление которой проходило вторичным натяжением.

Следует отметить, что применение видеоторакоскопии с механической секвестрэктомией ограничено строгими показаниями: полостная форма гангрены легкого при условии полной секвестрации, верифицированной рентгенологически. Сочетание этих условий встречается достаточно редко, поэтому случаи видеоторакоскопической секвестрэктомии носят единичный характер, в связи с чем, не анализируются в данной работе.

Грануляционная ткань в полости деструкции, серозное отделяемое из торакоабсцессостомы вместе со снижением температуры и нормализацией белково-электролитного обмена свидетельствовали об окончании первого этапа хирургического лечения. Продолжительность «открытой» санации полости деструкции составила, в среднем, 27,4 суток (от 18 до 43 суток).

Второй этап хирургического лечения.

Плевропневмонэктомия

Наиболее тяжелую группу составили 11(15%) пациентов, гангрена легкого у которых была осложнена тотальным пиопневмотораксом. У больных этой группы в ходе «открытой» санации отмечено прогрессирование гангрены и распространение некрозов на ранее не пораженную легочную ткань, что и послужило показанием к плевропневмонэктомии.

Продолжительность «открытой» санации плевральной полости в данной группе пациентов определялась динамикой улучшения клинико-лабораторных показателей и подготовленностью больного к плевропневмонэктомии. Сроки от наложения торакоабсцессостомы до выполнения плевропневмонэктомии составили от 18 до 23 суток.

У 6 пациентов в послеоперационном периоде развилась эмпиема остаточной плевральной полости. Из них у 5 - вновь произведено дренирование остаточной плевральной полости по Бюлау с санациями антисептиками. Эмпиема остаточной плевральной полости у 1 пациента сочеталась с нагноением послеоперационной раны и открывшимся на 8 сутки после операции свищем культи главного бронха. У этого больного послеоперационная рана была разведена и санация плевральной полости продолжена «открытым» способом. Через послеоперационную рану произведена видеоассистированная временная окклюзия свища главного бронха (материал obturator - collateкс). По мере роста грануляционной ткани дважды производилась замена на obturatory меньшего диаметра. На 24 сутки после операции свищ закрылся, «открытая» санация завершена – на рану грудной стенки наложены вторичные швы.

В послеоперационном периоде скончалось 3 пациента. У 1 больного через 10 часов после операции развилось кровотечение в остаточную плевральную полость. Больной скончался через 12 часов после реторакотомии, на фоне развившегося ДВС-синдрома. У 2 пациентов смерть наступила на 18 и

21 сутки от полиорганной недостаточности развившейся на фоне эмпиемы остаточной плевральной полости

Пластические операции

У 34(45%) пациентов в ходе санации сформировалась остаточная полость, одна из стенок которой была представлена неповрежденной легочной тканью, другая грудной стенкой или диафрагмой. На медиальной стенке остаточной полости располагались культы бронхов в виде «цветной капусты». Во время перевязок у этих пациентов при произвольном кашле подвижности стенок полости не было.

Клиническое улучшение состояния, а так же жизнеспособность оставшейся части легкого делали нецелесообразной постановку вопроса о резекционной операции, как метода ликвидации остаточной полости.

Для закрытия торакоабсцессостомы у этой группы пациентов была применена торакомиопластика по Абражанову.

У 2 пациентов операция торакомиопластики была выполнена на 23 и 30 сутки после наложения торакоабсцессостомы. Послеоперационный период у этих больных осложнился нагноением послеоперационной раны и нагноением в области перемещенного мышечного лоскута. На фоне нагноения, в одном случае на 8 сутки после операции развилось аррозивное кровотечение из межреберной артерии. Пациента спасти не удалось. Во втором случае нагноение послеоперационной раны привело к формированию плеврокожного свища, который открывался в остаточную полость и сообщался с бронхиальным деревом.

Таким образом, раннее выполнение торакомиопластики в одном случае привело к летальному исходу, в другом имело неудовлетворительный результат – сохранялся бронхоплевроторакальный свищ.

У 32 больных торакомиопластика остаточной полости с закрытием торакоабсцессостомы произведена в сроки от 2 до 4 месяцев после выписки из стационара.

Уход за торакоабсцессосомой состоял из перевязок, которые выполнялись самостоятельно больным

Выполнение торакомиопластики и закрытие торакоабсцессосомы считалось допустимым при выполнении ряда условий

- 1) отсутствие клинических признаков воспаления,
- 2) нормализация биохимических и показателей периферической крови,
- 3) прибавка в весе пациента до цифр соответствовавших таковым до заболевания

Весовой критерий считался основным, характеризовавшим сдвиг основного обмена в сторону анаболизма. В местном статусе обращалось внимание на состояние кожи краев торакоабсцессосомы, характер отделяемого, состояние грануляционной ткани, размеры полости

Через месяц после выписки из стационара у всех пациентов уровень реабилитации был недостаточным для выполнения реконструктивной торакомиопластической операции

Обследование через два месяца выявило, что у всех пациентов нормализовались показатели периферической крови и биохимические показатели плазмы. Дефицит массы тела не превышал 2 кг. Отделяемое из остаточной полости имело серозный характер, смена повязки производилась 1 раз в 3-4 дня. Медиальная стенка остаточной полости имела трабекулярное строение с четко сформированной линией перехода грануляционной ткани в кожу

Гистологическое исследование участков этой линии, взятых во время операции торакомиопластики, установило, что в ее образовании принимает участие ороговевающий эпителий кожи и неороговевающий бронхиальный эпителий. Таким образом, через два месяца остаточная полость оказывается выстлана бронхиальным эпителием, который нарастает на грануляционную ткань из бронхиальных свищей. На основании гистологического исследования можно заключить, что через два месяца торакоабсцессосома трансформируется в бронхоплевроторакальный (бронхоплеврокожный) свищ

Для проведения второго этапа оперативного лечения через 2 месяца после выписки госпитализировано 24 пациента. Остальные 8 больных на обследование в эти сроки не явились по разным обстоятельствам. Оперативное закрытие бронхоплевроторакального свища у них произведено на 3 и 4 месяце после первичной госпитализации.

Предоперационная подготовка пациентов не отличалась от таковой при обычных плановых операциях.

Техника выполнения торакомииопластики бронхоплевроторакального свища соответствовала описанной в 1897 г. А. А. Абражиповым. Выбор мышцы для пластики в каждом случае осуществлялся индивидуально. Учитывались особенности развития мышечного массива того или иного пациента, а так же локализация свища.

Операции проводились под эндогравеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов. В течение 1-2 суток после операции наблюдалось незначительное кровохарканье сгустками темной крови или в виде прожилок крови, неизбежно затекавшей в бронхи во время операции.

На 2 сутки после операции у всех больных отмечалось появление участка цианоза, в области где кожный разрез менял направление с горизонтального на вертикальный. Размеры его не превышали 5х3 см. На 5-6 сутки в 8 наблюдениях область цианоза трансформировалась в сухой поверхностный некроз кожи, заживавшим в дальнейшем под струпом. В остальных случаях к 5 суткам кожа приобретала свою обычную окраску.

В 4 случаях на 3 сутки после операции было отмечено прорезывание швов и расхождение краев раны на протяжении 3-4 см. Причиной данного осложнения, вероятно, явилась недостаточная мобилизация кожи, что привело к избыточному ее натяжению.

Серозная жидкость из донорской области удалялась пункционно при появлении флюктуации. Швы снимали на 10 сутки. К 15 суткам послеоперационного периода трансудация в донорской области прекращалась.

- больных выписывали Результаты торакомиопластики и послеоперационные осложнения представлены в таблице №5

Таблица 5

Результаты торакомиопластики бронхоплеврокожного свища

Осложнения	Исход лечения		
	Выздоровление	Хронизация	Летальный
Нагноение раны	-	1	1
Краевой некроз раны	8	-	-
Прорезывание швов	4	-	-
Всего больных	32	1	1

У 21 пациента, в связи с наличием сопутствующей патологии, выполнение торакомиопластики не предполагалось. Единственно возможным способом существования для них была хронизация процесса. Второй этап оперативного лечения был направлен на уменьшение размеров будущего бронхоплеврокожного свища, что обеспечило бы более комфортную жизнедеятельность больному.

Указанные причины явились предпосылкой для закрытия торакоабсцессостомы наложением вторичных швов в сочетании с дренированием остаточной полости. Операция выполнялась под внутривенным обезболиванием. Края торакоабсцессостомы иссекались, мобилизовывались кожно-подкожно-фасциальные лоскуты, в остаточную полость через отдельный прокол вводилась дренажная трубка. После чего мобилизованные лоскуты сшивались по Донати. В послеоперационном периоде активную аспирацию не использовали. Дренажная трубка удалялась на 7-8 сутки, когда формировался канал свища. На 10-12 сутки снимались швы, пациенты выписывались из стационара.

Из 21 больного в послеоперационном периоде скончался 1 пациент от острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу

При контрольном осмотре пациентов через 1 месяц обнаружено, что у 17 – свищевое отверстие закрылось Пациенты отмечали удовлетворительное самочувствие, отсутствовали кашель и температурная реакция У 3 больных свищевое отверстие продолжало существовать, при этом из него поступало серозное отделяемое

Отдаленные результаты двухэтапного лечения гангренозных абсцессов и гангрены легкого.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 8 лет изучены у 33 из 61 пациента На момент первичной госпитализации 17 больных не имели определенного места жительства, так же не установлена связь с 11 пациентами, из них - 3 граждан других государств, а остальные изменили место проживания Обследовано в стационаре - 22 человека, у 11 – проведен опрос Женщин – 3, мужчин 30

Состояние пациентов перенесших плеврорезектомию

Удалось собрать сведения о 5 пациентах В сроки от 2 до 4 лет после лечения живы - 4, 1 больной умер, со слов родственников, от острого нарушения мозгового кровообращения

Все 4 обследованных находятся на 2 группе инвалидности, 3- продолжают трудовую деятельность, не связанную с физическими нагрузками

Через два месяца после лечения 1 больной повторно госпитализирован в торакальное отделение клиники с эмпиемой остаточной плевральной полости После проведенного лечения, выписан без дренажа Через 2 года обследован в стационаре – нагноения в остаточной плевральной полости не рецидивировали Местно - уменьшение в объеме правой половины грудной клетки, уменьшение межреберных промежутков, значительное уменьшение дыхательной экскурсии правой половины грудной клетки Рентгенография так

же обнаружила деформацию грудной клетки за счет уменьшения правого гемиторакса и викарной эмфиземы левого легкого

Пациент, плевропневмонэктомия у которого осложнилась образованием свища культи главного бронха, ежегодно госпитализируется в торакальное отделение с обострениями хронической эмфиземы остаточной плевральной полости У пациента отмечается значительное уменьшение объема левой половины грудной клетки Рентгенологически остаточная плевральная полость имеет щелевидную неправильную форму При фибробронхоскопии признаков свища культи левого главного бронха не обнаружено

В целом инвалидизация пациентов I группы связана с изначально распространенным гангренозным поражением легкого приведшем к потере органа

Состояние пациентов перенесших пластические операции

В сроки от 1 года до 5 лет после лечения из II группы обследовано 18 пациентов Опрошено 6 человек, в стационаре обследовано 12

Через 2 года после лечения скончался 1 пациент Со слов родственников, смерть наступила от сердечно-сосудистой патологии

Жалобы на утренний кашель с мокротой слизисто-гнойного характера предъявляют 5 пациентов, из них 3 отмечают одышку при физической нагрузке, 1 из этих пациентов, с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе, до 1 раза в год госпитализируется в терапевтические стационары с бронхопневмонией развивающейся на фоне недостаточности кровообращения Через 5 лет после лечения, один из пациентов перенес абсцедирующую пневмонию противоположного легкого

У 12 пациентов не отмечено жалоб и обострений бронхо-легочной патологии Из 17 обследованных 15 пациентов продолжают трудовую деятельность Не работают двое пациентов пенсионного возраста

За исключением уменьшенных межреберных промежутков, каких либо деформаций на оперированной стороне не выявлено

Рентгенологическое обследование 9 пациентов обнаружило плевропневмофиброз различной протяженности на оперированной стороне У 1 пациента выявлена остаточная полость с толстыми стенками, не содержащая жидкости, размером до 3 см в диаметре У пациента, перенесшего абсцедирующую пневмонию, выявлена остаточная полость в противоположном оперированной стороне легком размерами 4 см в диаметре, с тонкими стенками У 1 пациента предъявлявшего жалобы на появление одышки через 4 года после оперативного лечения выявлен диссеминированный туберкулез легких

Бактериологическое исследование бронхиальных смывов у одного пациента с рентгенологически верифицированной остаточной полостью выявило культуру *Acinetobacter*

В сроки от 1 года до 8 лет после наложения вторичных швов в стационаре обследовано 8 пациентов, данные о 2 умерших через 2 и 4 года после лечения – получены при опросе родственников Со слов родственников, пациенты продолжали злоупотреблять крепкими алкогольными напитками, не работали

Одышку при физической нагрузке отмечают 4 пациентов, из них 2 - отмечают утренний кашель с мокротой У 2 больных через 1 год после лечения стали возникать эпизоды кровохарканья в виде прожилок крови в мокроте, при этом у одного пациента кровохарканье возникает после тяжелых физических нагрузок, а у другого на фоне острой респираторной вирусной инфекции Из 8 обследованных 4 продолжают трудиться Не работают трое пациентов пенсионного возраста, одна пациентка на момент обследования являлась безработной

Уменьшение оперированной половины грудной клетки и отставание ее при дыхании выявлено у 1 больного

Рентгенологическое исследование легких 7 пациентов выявило остаточные полости У 5 - тонкостенные, «сухие», размерами до 4 см в диаметре В 2 случаях обнаружены полости с толстыми стенками, размерами

до 3 см в диаметре У одного пациента, рентгенологически обнаружен пневмоплеврофиброз на оперированной стороне

Бронхиальные смывы пациентов с тонкостенными остаточными полостями при бактериологическом исследовании оказались стерильными У пациентов с толстостенными остаточными полостями бактериологическое исследование бронхиальных смывов обнаружило культуры микроорганизмов В одном случае, выявлены Acinetobacter, в другом – Streptococcus spp в ассоциации с сапрофитными нейсериями

Лабораторные исследования крови, мочи, клеточного звена иммунитета во всех трех группах больных каких-либо отклонений не выявили

Таким образом, у 2 пациентов рентгенологически обнаруженные полости с толстыми стенками и нестерильными бронхиальными смывами, что позволяет говорить об исходе заболевания в хронический абсцесс У 5 пациентов обследование выявило тонкостенные стерильные полости - их состояние расценено как клиническое выздоровление с исходом в постнекротическую кисту легкого

В целом, анализируя отдаленный результат двухэтапной тактики оперативного лечения гангрены и гангренозных абсцессов легкого, полное выздоровление достигнуто у 20 обследованных, клиническое выздоровление у 5, хроническое течение нагноительный процесс принял у 4 Летальный исход у 4 пациентов не связан с легочной патологией

Выводы.

- 1 Оперативное лечение больных гангренозными абсцессами и гангреной легкого следует разделять на два этапа, первый этап торакоабсцессостомия
- 2 Вторым этапом оперативного лечения гангренозных абсцессов и гангрены легкого в 15% случаев является плевропневмонэктомия, в 45%- торакомиопластика бронхоплеторакального свища, в 28%- паложение вторичных плов В 12% случаев закрытие торакоабсцессостомы происходит на фоне местного лечения без операции

3 Выполнение торакомиопластики возможно не ранее чем через 2 месяца после выписки больных из стационара и не ранее восполнения дефицита массы тела по отношению к таковой до болезни

4 При органосохраняющем характере оперативного вмешательства на втором этапе лечения, рецидива гангренозного процесса в отдаленном периоде не выявлено. Исходом заболевания в большинстве случаев является пневмоплеврофиброз или постнекротическая киста

Практические рекомендации.

1 При выборе доступа для торакоабсцессостомии следует руководствоваться не только локализацией полости деструкции, но и предполагаемым объемом операции на втором этапе лечения

2 Осложнение гангрены легкого тотальным пневмотораксом в большинстве случаев является показанием к плевронеumonэктомии на втором этапе лечения, с учетом этого наложение торакоабсцессостомы производится через ложе резецируемого V ребра

3. При гангрене легкого, осложненной ограниченным пневмотораксом, на втором этапе лечения возникают показания к торакомиопластике, поэтому наложение торакоабсцессостомы в этих случаях должно производиться с сохранением целостности широчайшей мышцы спины, как наиболее выгодный в использовании пластический материал

4 У больных с сопутствующей патологией, обуславливающей высокий риск плановой операции на втором этапе лечения, закрытие торакоабсцессостомы следует производить наложением вторичных швов с дренированием остаточной полости

5 Спадение стенок полости деструкции при произвольном или спровоцированном во время санации кашле, является признаком рубцевания и закрытия торакоабсцессостомы вторичным натяжением – в таких случаях второй этап оперативного лечения не требуется

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1) В А Смоляр, А Н Афанасьев, Ю К Харитонов, С А Грачев, А И Стан, Д И Шикторов, И В Кошарный, А.В Бялясников Дренажирование и санация гнойного очага при острых нагноительных заболеваниях плевры//Современные проблемы медицины Материалы научно-практической конференции, посвященной 135-летию больницы №23 им «Медсангруд» - Москва - 2002 - С 103-105
- 2) Ю К Харитонов, И В Кошарный, А В Бялясников Тактика лечения больных с острыми абсцессами легких// Современные проблемы медицины Материалы научно-практической конференции, посвященной 135-летию больницы №23 им «Медсангруд» -Москва - 2002 - С 108-109
- 3) А Н Афанасьев, И В Кошарный, Д И Шикторов, Л А Фокина, А В Бялясников Основные направления диагностики и лечения больных с острыми абсцессами легких//Сб научных трудов, посвященных 10-летию института медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого - Великий Новгород- Алматы, 2003 - т9, ч 2 - С 264-269
- 4) Ю К Харитонов, А В Бялясников Отдаленные результаты комплексного лечения гангрены легкого с использованием торакоабсцессостомии//Материалы научно-практической конференции врачей России - Успенские чтения - Тверь, 2003 - вып 3 - С 91-92
- 5) А Н Афанасьев, Д И Шикторов, А В Бялясников. И В Кошарный Местное лечение гнойных ран при торакоабсцессостомии// Материалы научно – практической конференции врачей России - Ярославль-Москва, 2003 -вып 3 - С 127-128
- 6) А В Бялясников Отдаленные результаты двухэтапного оперативного лечения гангрены и гангренозных абсцессов легкого// Неотложная хирургия (научный альманах) - выпуск 3 - под реакцией профессора А Б Ларичева - Ярославль - 2004 - С 209-211

- 7) ВК Гостищев, СС Фруктов, А.В. Балясников, ДИ Шикторов, В А Смоляр, АИ Стан, С А Грачев Комплексное хирургическое лечение острых абсцессов и гангрены легкого//Гез докл третьей Московской Ассамблеи «Здоровье столицы» - Москва - 2004 - С 44-45
- 8) ВК Гостищев, СС Фруктов, ДИ Шикторов, А В Балясников, В А Смоляр, АИ Стан, С А Грачев Принципы комплексного лечения острых абсцессов и гангрены легкого//Материалы первого конгресса Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» - Москва - 2005 - С 225-226
- 9) А В Балясников, ДИ Шикторов, С А Грачев, ВМ Бочарова Комплексное хирургическое лечение гангренозных абсцессов и гангрены легкого//Современные проблемы медицины Материалы научно-практической конференции, посвященной 140-летию больницы №23 им «Медсантруд» - Москва - 2006 - С 185-187
- 10) ВК Гостищев, А В. Балясников Комплексное двухэтапное хирургическое лечение гангрены легкого//Медицинский вестник МВД - 2007 - №1 - С 5-6

Подписано в печать 12/10 07г
Объем 1,5 п.л
Заказ № 61

Формат 60 x 90 1/16
Тираж 100 экз

Отпечатано в ООО КПСФ «Спецстройсервис-92»
Отдел оперативной полиграфии
101000, Москва, Мясницкая, 35, стр.2