

УДК 616.24-002:616.25-002-089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Э.Э. Абдукаримова

Содержатся данные о ранее примененных и используемых в настоящее время методах лечения при гнойно-деструктивных заболеваниях легких и плевры и их эффективность.

Ключевые слова: гнойно-деструктивные заболевания легких и плевры; дренирование; промывание; хирургическое лечение.

Актуальность. Гнойно-деструктивные заболевания легких и плевры являются актуальной проблемой торакальной хирургии [1, 2]. По данным ряда авторов, неспецифические заболевания легких и плевры по таким показателям, как инвалидность и смертность, занимают 3–4 место в мире [1]. Повсеместный рост количества острых гнойных деструктивных заболеваний легких и плевры многие авторы связывают с широким распространением антибиотикорезистентной микрофлоры и аллергизацией населения [1]. Неудовлетворительными остаются результаты лечения больных с острыми эмпиемами плевры, в связи с этим вопросы лечения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры не могут считаться окончательно решенными и требуют дальнейшей разработки.

Абсцесс и гангрену легких как отдельные нозологические формы выделил Лаэннек в 1819 г. (“*Traité de l’auscultation mediate et des maladies des poulmons et du Coeur*”). Он же сделал первое описание гангрены легкого, как наиболее тяжелой формы легочной патологии. Немецкий хирург Ф. Зауэрбрух в 1920 г. предложил объединить эти заболевания под общим названием “легочные нагноения”. Первые сведения о патогенезе гангрены легкого опубликованы в 1871 г. Л. Траубе. Эмпиема плевры, по данным авторов [1], у 85–90 % больных явилась осложнением острых и хронических заболеваний легких и только у 15–10 % – следствием травмы и внелегочных процессов. После операций на легких острая эмпиема плевры наблюдается у 5–31 % больных [3]. По данным некоторых исследователей [4], экссудативный плеврит встречается у половины госпитализированных больных пневмонией, причем у 7 % из них его можно классифицировать как эмпиему плевры.

Микробиологический состав при эмпиеме плевры чаще бывает смешанным. Большая часть исследователей считают, что основными возбудителями инфекционного процесса в плевре являются представители гноеродных и гнилостных микроорганизмов [3]. При бактериологическом исследовании гнойного экссудата обычно обнаруживаются в различных ассоциациях стафилококки, *E. coli*, синегнойная палочка, протей или пневмококки. Примечательно, что у ряда больных при явных признаках плевральной инфекции посев гноя оказывается “стерильным”. Нередко в посевах плеврального содержимого встречаются пневмококк, протей, клебсиелла и дрожжевые грибки. Установлено, что строгие неспорообразующие анаэробные бактерии причастны к 80–85 % плевральных нагноений различного происхождения, причем в 55 % наблюдений в ассоциациях с аэробами и в 25–30 % – в чистом виде [3].

При применении консервативных методов (антибактериальная терапия, пункционное лечение и др.) отмечается снижение летальности с 30 до 14,8 %, однако не уменьшилось количество случаев хронизации процесса [1]. Послеоперационная летальность при данной патологии остается высокой и колеблется от 18 до 43 % [1], в связи с чем актуальным остается вопрос об оперативном лечении.

Первое сообщение об оперативном лечении гангрены относится к 1889 г., когда Н.Г. Фрайберг описал пневмотомию, выполненную К.К. Рейером. При невозможности выполнения резекции легкого абсцесс должен быть дренирован через катетер под контролем рентгеноскопии грудной клетки. Щадящую миниинвазивную методику дренирования патологических полостей легкого впервые применил Дэвид в 1783 г.

Отечественные хирурги [5] в 2009 г. рекомендовали лечение эмпиемы плевры пункционным методом и закрытое дренирование полости плевры как наиболее щадящее.

При наличии бронхиального свища предложено дренирование плевральной полости в сочетании с активной аспирацией и применением временной окклюзии бронха [6], что позволило добиться положительного исхода в 90,5 % случаев.

Авторы рекомендуют начинать лечение послеоперационной эмпиемы с пункции одной или двумя иглами, дренирования двух- или трехпросветными трубками и промывания полости растворами антисептиков с последующим формированием фиброторакса [3].

До сих пор актуальным остается вопрос санации плевральной полости. Некоторые исследователи рекомендуют промывание плевральной полости растворами борной кислоты, йодиола, фурацилина, перманганата калия, хлоргексидина, глицерина [1]. Промывание плевральной полости пункционно растворами антисептика с последующим введением антибиотика и 5 МЕ окситоцина для потенцирования действия антибактериальных препаратов предложил П.П. Курлаев [1]. О.М. Абрамзон и соавт. (2005) предложили применение гормона задней доли гипофиза – окситоцина в качестве вещества, усиливающего и потенцирующего действие антибактериальных препаратов, стимулирующего репаративные процессы при гнойных плевритах.

Р. Agarwal и А. Aggarwal показали эффективность применения 10%-ного раствора йодоповидона при торакоэмпие у больных с острой эмпиемой плевры [7].

Впервые был экспериментально применен пробиотик споробактерин в сравнении с применением растворов антисептиков и антибиотиков, что позволило снизить число случаев хронизации процесса [8].

М. Paschoalini и соавт. показали эффективность применения нитрата серебра внутриплеврально при эмпиеме плевры [9].

Положительный эффект при применении стрептокиназы и урокиназы у больных с эмпиемой плевры отметили N.P. Barnes (2005), D. Bouros и K. Antiniou [10].

Опыт показал эффективность физических методов в лечении больных с эмпиемой плевры, в частности лазерную биостимуляцию [11].

Другие исследователи утверждают, что при эмпиеме плевры основная роль отдается дренированию с фибринолитической терапией и видеоторакоскопией [12].

Т.В. Баззаев в 1995 г. разработал метод лечения нагноительных процессов легких и плевральной полости, заключающийся в дренировании и санации острых абсцессов и эмпием плевры с последующим введением в них стерильного глицерина с ультразвуковой обработкой.

Для расправления коллабированного легкого в последнее время выполняют лечебную видеоторакоскопию, во время которой разрушают рыхлые сращения и снимают фибриновые наложения с висцеральной плевры, проводят ультразвуковую или плазменную санацию плевральной полости [13].

Целесообразным методом считают радикальную операцию, заключающуюся в разделении перепонок и ежедневной тампонаде плевральной полости с раствором антисептика до ее очищения.

При неэффективности консервативной терапии проводят открытые повторные санации плевральной полости с помощью ультразвука, способствующего высвобождению ионов H и OH, изменяющих окислительно-восстановительные процессы в микроорганизмах, тем самым приводя к их гибели [14].

Использование озоново-глицериновой смеси при лечении гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры детально описано в работах Ю.П. Миначкина (2003). Озон применим для борьбы с бактериемией, эндогенной интоксикацией в силу высокого окислительного потенциала озона, с целью стимуляции защитных и компенсаторных систем организма, коррекции энергетического обмена, стабилизации антиоксидантной защиты [15].

В 2005 г. А.В. Черных применил озонированный раствор хлорида натрия для санации через дренаж гнойной плевральной полости в сочетании с его введением в легочную артерию на стороне гнойно-деструктивного очага в легких и плевре, что сокращало сроки дренирования.

В связи с вышеизложенным можно сделать вывод, что озонотерапия снижает недостаточность тканевой дренажной системы, усиливает процессы микроциркуляции, улучшая периферическое снабжение кислородом. Отмечено, что с помощью озонотерапии удастся снизить сроки антибактериальной терапии, отказаться от общеукрепляющих и стимулирующих препаратов.

Литература

1. Бойко В.В. Гнойные заболевания легких и плевры / В.В. Бойко, А.К. Флорикян. Харьков: Прапор, 2007. 576 с.
2. Плеханов А.Н. Острая эмпиема плевры: современные методы лечения А.Н. Плеханов // Клиническая медицина. 2012. № 5. С. 7–11.

3. *Бисенков Л.Н.* Торакальная хирургия / Л.Н. Бисенков. СПб.: Гиппократ, 2004. С. 18–77, 99–1128.
4. *Разумовский А.Ю.* Особенности диагностики острых гнойно-деструктивных пневмоний у детей / А.Ю. Разумовский, К.А. Аллаберганов и др. // *Анналы хирургии.* 2006. № 1. С. 68–69.
5. *Левин А.В.* Эмпиемы плевры. Консервативная терапия, экстракорпоральные методы детоксикации, эндоскопические методы. Часть II / А.В. Левин, А.М. Самуйленков, Е.А. Цеймах и др. // *Туберкулез и болезни легких.* 2009. № 9. С. 3–11.
6. *Колкин Я.Г.* Профилактика остаточных полостей купола плевры его высоким дренированием / Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.М. Дудин и др. // *Укр. журнал хирургии.* 2007. Т. 8. № 4. С. 518–520.
7. *Agarwal R., Aggarwal A.N., Gupta D.* Efficacy and safety of iodopovidone pleurodesis through tube thoracostomy // *Official Journal of Asian Pacific Society of Respirology.* 2006; 11: 105–108.
8. *Неверов А.Н.* Микробиологические и морфофункциональные аспекты применения споробактерина в лечебной коррекции острой эмпиемы плевры / А.Н. Неверов, А.А. Третьяков, А.А. Стадников // *Вестник Оренбургского гос. ун-та.* 2006. Т. 2. № 6. С. 132–138.
9. *Paschoalini Mda S.* Prospective randomized trial of silver nitrate vs talc slurry in pleurodesis for symptomatic malignant pleural effusions / Paschoalini Mda S., Vargas F.S., Marchi E. et al. // *Journal Chest.* 2005. Aug; 128 (2):684–9.
10. *Bouros D.* The role of video-assisted thoracoscopic surgery in the treatment of parapneumonic empyema after the failure of fibrinolytics / D. Bouros, K.M. Antoniou, G. Chalkiadakis et al. // *Surgical Endoscopy.* 2002. Vol. 16. P. 151–154.
11. *Crnjac A.* The significance of thoracoscopic mechanical pleurodesis for the treatment of malignant pleural effusions / Crnjac A. // *Wien Klin. Wochenschr.* 2004. Vol. 116. Suppl. 2. P. 28–32.
12. *Arapis K., Caliandro R., Stern J.B., Girard P., Debrosse D., Gossot D.* Thoracoscopic palliative treatment of malignant pleural effusions: results in 273 patients. *Surgical endoscopy* 2006 Jun; 20 (6):919–23. Epub 2006 May 2.
13. *Ясногородский О.О.* Возможности малоинвазивной техники в лечении неспецифической эмпиемы плевры / О.О. Ясногородский, А.М. Шулутоко, П.В. Панюшкин // *Российский медицинский журнал.* 2004. № 3. С. 32–34.
14. *Харнас С.С.* Сочетанное применение низкочастотного ультразвука и фотодинамической терапии для профилактики острых послеоперационных эмпием плевры / С.С. Харнас, Л.В. Успенский, Ю.В. Павлов и др. // *Хирургия.* 2001. № 4. С. 14–16.
15. *Минашкин Ю.П.* Комбинированное хирургическое лечение гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры: дис. ... канд. мед. наук / Ю.П. Минашкин. М., 2003. 133 с.