

И. В. Кошарный

## МЕТОДИКА ТОРАКОАБСЦЕССОСТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Острые гнойно-деструктивные заболевания легких относятся к разряду тяжелой патологии. Лечение этой группы заболеваний представляется одним из трудных разделов хирургии. Частота встречаемости среди населения острого абсцесса и гангрены легких в нашей стране (в отличие от стран западной Европы и США, где данная патология относится к редким заболеваниям) остается значительной и на протяжении последних лет отмечена тенденция к возрастанию [1; 5; 6]. Удельный вес осложненных форм за последние годы увеличился с 15,8 до 43,6 % [3; 4].

Изучение данной патологии свидетельствует о том, что применение выработанной тактики комплексного консервативного лечения хотя и позволяет добиться хороших результатов, но не всегда эффективно у определенной группы больных [1; 2]. Часто, несмотря на весь комплекс проводимого консервативного лечения, приходится прибегать к оперативному вмешательству. Анализ результатов комплексного хирургического лечения больных острым абсцессом легкого показывает, что исход лечения этого тяжелого контингента больных остается малоутешительным, сохраняется высокая летальность, которая варьирует от 10 до 40 % [1; 4; 5]. Нет единого мнения по вопросу формирования показаний для хирургического лечения, а также методов проведения операции.

### Материалы и методы исследования

В основу исследования положен опыт комплексного ле-

чения 462 больных с острыми абсцессами легких, находившихся на лечении в гнойном торакальном отделении ГКБ № 23 им. «Медсантруд» (Москва). Из них 392 (84,8 %) пациентов пролечены консервативно с использованием приемов малоинвазивной хирургии, 70 (15,2 %) пациентам потребовалось оперативное лечение.

Не вызывает сомнений факт, что вопрос о проведении оперативного вмешательства должен решаться для каждого пациента индивидуально и целесообразен в следующих ситуациях:

— прогрессирование процесса, несмотря на проводимую консервативную терапию;  
— отсутствие положительной динамики:

а) при гангренозных абсцессах;

б) при осложнении течения заболевания прорывом абсцесса в плевральную полость, когда не удается расправить коллабировавшее легкое с помощью методов «малой» хирургии, из-за наличия активно функционирующих бронхиальных свищей;

в) при наличии гигантских полостей распада;

— легочное кровотечение или рецидивное кровохарканье.

Основная задача любого оперативного вмешательства при остром абсцессе легкого состоит в скорейшей санации гнойного очага как источника интоксикации. В то же время у определенной группы пациентов в силу тяжести общего состояния и распространенности процесса не представляется возможным проведение одномоментной радикальной опе-

рации. В данном случае операцией выбора становится наложение торакоабсцессостомии, являющейся усовершенствованной дренирующей операцией пневмотомией [1]. Торакоабсцессостомия выполнялась у 36 (51 %) пациентов из общего числа прооперированных больных.

Важный момент операции — выполнение торакотомии точно над полостью распада, что позволяет хирургу работать непосредственно в очаге деструкции, не затрагивая остальных отделов. После проникновения в полость деструкции проводится некрсеквестрэктомия. Имеющиеся бронхиальные свищи по возможности ушиваются. Не стоит стремиться максимально удалить омертвевшие ткани, так как при этом можно повредить обрывки тромбированных сосудов и вызвать кровотечение. При необходимости с целью создания оптимальных условий для проведения интра- и послеоперационных санационных некрсеквестрэктомий выполняется резекция участка одного-двух ребер. После удаления секвестров, тщательного гемостаза проводятся укрывание свободных концов резецированных ребер и формирование стомы путем прошивания легочной ткани, листков плевры и кожи, подворачивание ее вовнутрь. Полость гнойника рыхло заполняется тампонами, пропитанными мазью на водорастворимой основе. Если при проведении операции происходило нарушение барьера, ограничивающего полость деструкции от плевральной полости, то в плевральную полость устанавливался дренаж, и проведение



операции происходило по установленной методике.

Первая санация стомы проводится через 48–72 ч (к этому времени происходит достаточное ослизнение тампонов) с помощью торакоскопов с боковой и торцевой оптикой. Свободно лежащие секвестры удаляются. Полость обрабатывается раствором гипохлорита натрия, озонируется. При отсутствии бронхиальных свищей проводится ультразвуковая кавитация. Все указанные процедуры, как правило, хорошо переносятся больными. Повторные перевязки выполнялись через 24–48 ч. Полное очищение полости наблюдалось на 8–17-е сутки, появление грануляций — на 12–16-е сутки.

На фоне проводимого консервативного лечения и плановых этапных санаций полости распада и некрэктомии, уже на 4–8-е сутки после операции у больных снижалась температура тела, уменьшались симптомы интоксикации, в значительной мере купировался гнойный бронхит.

Наблюдаемые осложнения: кровотечение — 2 случая, флегмона мягких тканей — 1 — практически не влияют на течение заболевания и легко устраняются.

Из 29 оперированных больных с гангренозным абсцессом у 4 пациентов стома самостоятельно закрылась в раннем послеоперационном периоде. При этом отмечалась полная облитерация полости и формирование соединительного рубца. У 12 больных отмечалось полное очищение полости и значительное сокращение ее размеров при отсутствии активно функционирующих свищей. Этим больным в послеоперационном периоде проведено ушивание полости торакоабсцессостомы с последующей выпиской из стационара. Двум больным после очищения полости в стационаре выполнено ушивание бронхиальных свищей с торакомиопластикой; 11 пациентов были выписаны из клиники с торакоабсцессостомой. В дальнейшем 9 больным после очищения полости в сроки от 2 до 7 мес проведено уши-

вание бронхиальных свищей с торакомиопластикой. У двух больных полость торакоабсцессостомы закрылась самостоятельно.

Получение обнадеживающих результатов, хорошая переносимость данной операции больными позволили нам расширить показания к ее проведению. В нашей клинике метод наложения торакоабсцессостомы использован у 7 больных:

— у 4 больных с гигантским острым гнойным абсцессом из-за больших размеров полости гнойника дренаж был затруднен, при лечении консервативными методами положительной динамики не наблюдалось;

— у 3 больных с осложненным течением острого гнойного абсцесса легких: одному пациенту с острым кровотечением в полость абсцесса (тяжесть общего состояния на фоне кровопотери исключала возможность выполнения радикальной резекционной операции) в связи с высоким риском рецидива кровотечения операция закончена формированием торакоабсцессостомы;

— у 2 больных с эмпиемой плевры с наличием массивных гнойно-фибринозных наслоений одновременно санировать полость эмпиемы во время операции не представлялось возможным.

Вышеперечисленным 7 пациентам впоследствии выполнено: ушивание полости без выписки из стационара — 5 больных; потребовалась повторная госпитализация для выполнения торакомиопластики — 2 больных.

Несмотря на то, что операция наложения торакоабсцессостомы проводилась в основном у тяжелобольных, летальный исход отмечен только в одном случае. Больной поступил с двусторонней пневмонией, гангренозным абсцессом правого легкого, кровохарканием. Проводимое комплексное консервативное лечение не имело эффекта. По жизненным показаниям проведена вынужденная торакоабсцессостомия. Смерть наступила на 3-й день после операции от интоксикации на фоне легочной недостаточности.

## Заключение

Таким образом, мы считаем, что метод наложения торакоабсцессостомы весьма эффективен при лечении больных с острыми абсцессами легких. Как показывает практика, операция хорошо переносится больными, даже ослабленными, которым нет возможности выполнить радикальное оперативное вмешательство и в то же время необходимо как можно скорее ликвидировать очаг гнойной интоксикации. Формирование стомы — «окна» в легком — позволяет проводить адекватную санацию полости распада, выполнять этапные некрсеквестрэктомии с применением различных модификаций (механическая, химическая, физическая). Торакоабсцессостомия — это органосохраняющая операция, позволяющая избежать обширных «калечащих» оперативных вмешательств. Техника выполнения операции проста и может быть освоена за короткий промежуток времени. Кроме того, малая продолжительность упрощает обеспечение анестезиологического пособия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Особенности* лечения больных с гангренозными абсцессами легких / В. К. Гостищев, Ю. К. Харитонов, В. А. Смоляр, С. С. Фруктов // Сб. науч. работ к 90-летию со дня рождения акад. В. И. Стручкова — М., 1998.
2. *Кошелев П. И.* Острый абсцесс легких: комплексное лечение / П. И. Кошелев // Книга отечественная. — Воронеж, 1998.
3. *Лаптев А. Н.* Диагностика и лечение гнойно-некротических деструкций легких / А. Н. Лаптев // Медицинская панорама : реценз. науч.-практ. журнал для врачей и деловых кругов медицины / ООО «Медицинская панорама». — 2006. — № 10. — С. 41–45.
4. *Яковлев С. В.* Антибактериальная терапия осложненной пневмонии / С. В. Яковлев // Consilium medicum. Пульмонология. — 2006. — Прил. — С. 40–46.
5. *Bartlett J. G.* The role of anaerobic bacteria in lung abscess / J. G. Bartlett // Clin. Infect. Dis. — 2006. — Vol. 40 (7). — P. 923–925.
6. *Factors predicting mortality of patient with lung abscess* / B. Hirschberg, M. Schir-Levi, R. Niz-Paz [et al.] // Chest. — 1999, Mar. — Vol. 115 (3).

