

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ»

Рабочая группа по подготовке текста клинических рекомендаций:

Доктор медицинских наук, профессор Е.А. Корымасов (Самара) –
ответственный редактор.

Доктор медицинских наук, профессор П.К. Яблонский (Санкт-Петербург).

Доктор медицинских наук, профессор К.Г. Жестков (Москва).

Доктор медицинских наук, профессор Е.Г. Соколов (Санкт-Петербург).

Доктор медицинских наук, профессор И.Я. Мотус (Екатеринбург).

Кандидат медицинских наук, доцент В.В. Лишенко (Санкт-Петербург).

Кандидат медицинских наук С.А. Скрыбин (Мурманск).

СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

- I. Методология
- II. Определения:
 - A. Абсцесс легкого
 - B. Гангрена легкого
 - B. Бронхоэктатическая болезнь
 - Г. Нагноившаяся киста
 - Д. Абсцедирующая пневмония
- III. Коды МКБ-10
- IV. Профилактика
- V. Скрининг
- VI. Классификация:
 - A. Классификация абсцессов легкого
 - B. Классификация гангрены легкого
 - B. Классификация бронхоэктатической болезни
 - Г. Классификация нагноившихся кист легкого
- VII. Диагностика:
 - A. Общий перечень методов исследования.
 - B. Диагностика абсцесса легкого без секвестрации.
 - B. Диагностика гангрены легкого и абсцесса с секвестрацией.
 - Г. Диагностика бронхоэктатической болезни.
 - Д. Диагностика нагноившихся кист легкого.
 - Е. Клинико-рентгенологическая диагностика абсцедирующей пневмонии.
- VIII. Дифференциальный диагноз.
- IX. Лечение:
 - A. Лечение абсцесса легкого без секвестрации
 - B. Лечение гангрены легкого
 - B. Лечение абсцесса легкого с секвестрацией
 - Г. Лечение бронхоэктатической болезни
 - Д. Лечение нагноившихся кист легкого

- Е. Лечение абсцедирующей пневмонии
- Ж. Лечение осложнений легочных нагноений
- Х. Что делать нельзя?
- ХІ. Прогноз
- ХІІ. Дальнейшее ведение, обучение и реабилитация пациентов
- ХІІІ. Библиографический указатель

I. МЕТОДОЛОГИЯ

В данные Национальные клинические рекомендации включены только нагноительные заболевания легких без учета их осложнений со стороны плевральной полости, которые фактически представляют собой самостоятельные нозологии и состояния, требующие отдельного рассмотрения.

II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Легочные нагноения представляют собой тяжелые патологические состояния, характеризующиеся воспалительной инфильтрацией и последующим гнойным или гнилостным распадом (деструкцией) легочной ткани в результате воздействия инфекционных возбудителей.

К нагноительным заболеваниям легких относятся абсцесс легкого, гангрена легкого, бронхоэктатическая болезнь, нагноившаяся киста легкого, так называемая «абсцедирующая пневмония».

А. Абсцесс легкого является патологическим процессом, характеризующимся наличием более или менее ограниченной гнойной полости в легочной ткани, которая является результатом инфекционного некроза, деструкции и расплавления последней. Эта гнойная полость отграничена от неповрежденных участков пиогенной капсулой.

Б. Гангрена легкого представляет собой бурно прогрессирующий и не склонный к отграничению от жизнеспособной легочной ткани гнойно-гнилостный некроз всего легкого или отделенной плеврой анатомической структуры (доли), в котором перемежаются зоны гнойного расплавления и неотторгнутого некроза.

В. Бронхоэктатическая болезнь – хроническое приобретенное, а в ряде случаев врожденное, заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов (бронхоэктазами), сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы, цирроза в паренхиме легкого.

Г. Нагноившаяся киста легкого – заболевание, характеризующееся наличием врожденного или приобретенного полостного образования в

легочной ткани, которое сообщается с бронхом и содержит воздух и инфицированную жидкость и ткани.

Д. Абсцедирующая (очаговая, септическая) пневмония – это очаговая инфекционная гнойно-некротическая деструкция легкого, представляющая собой множественные гнойно-некротические очаги бактериального или аутолитического протеолиза без четкой демаркации от жизнеспособной легочной ткани.

Большинство торакальных хирургов не рекомендуют пользоваться термином «абсцедирующая пневмония» в основном по тактическим соображениям, считая целесообразным четко отграничить пневмонию, являющуюся чисто терапевтической проблемой, от инфекционных деструкций легких, отличающихся значительно более тяжелым течением и прогнозом, а главное требующим в большинстве случаев специализированного лечения в торакальных отделениях с использованием активных лечебных манипуляций и хирургических методов.

III. КОДЫ МКБ-10

J47.0.Бронхоэктазия.

Бронхиолэктазы.

Исключены: врожденные бронхоэктазы (Q33.4),

туберкулезные бронхоэктазы (текущее заболевание) (A15-A16)

J85.0. Гангрена и некроз легкого.

J85.1. Абсцесс легкого с пневмонией.

J85.2. Абсцесс легкого без пневмонии.

J98.4. Другие поражения легкого

Обызвествление легкого. Кистозная болезнь легкого

(приобретенная). Болезнь легкого БДУ Пульмолитиаз

Q33.0. Врожденная киста легкого.

Q33.4. Врожденная бронхоэктазия .

IV. ПРОФИЛАКТИКА

Специфические профилактические мероприятия, позволяющие избежать возникновения легочных нагноений, заключаются в устранении предрасполагающих факторов:

а) организационные:

- внедрение и строгое соблюдение протоколов по лечению внебольничных и внутрибольничных пневмоний;
- своевременная госпитализация пациентов с пневмониями в специализированное пульмонологическое отделение;
- повышение квалификации врачей пульмонологов, терапевтов, хирургов, анестезиологов, реаниматологов в вопросах профилактики,

диагностики и лечения различных респираторных осложнений и пневмоний;

- диспансерное наблюдение и лечение за пациентами с хроническими абсцессами, бронхоэктатической болезнью, кистами и поликистозом легких, а также лицами, перенесшими гангрену легкого, сепсис с локализацией очага в легких;

б) лечебные:

- ранняя диагностика пневмоний, различных внелегочных очагов инфекции (полость рта, ротоглотки), которые могут явиться источником септикопиемии, и их своевременное и адекватное лечение;

- предупреждение попадания инородных тел в дыхательные пути, особенно у детей, стариков с расстройством глотания;

- правильный уход за больными, у которых наблюдается рвота, особенно в бессознательном состоянии, при наркозе, травме черепа, инсульте, кровоизлиянии в мозг, а также обращение с лицами, находящимися в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

- ранняя активизация («вертикализация») пациентов послеоперационного и реанимационного профилей (при возможности);

- профилактика пневмоний (с обязательной санацией трахеобронхиального дерева) у пациентов, находящихся в реанимационных, токсикологических, неврологических и нейрохирургических отделениях с нарушением дыхания (дыхательная недостаточность, на искусственной вентиляции легких), с нарушением глотания;

- своевременное наложение трахеостомы лицам, у которых прогнозируется длительная искусственная вентиляция легких (через 3-5 суток после интубации трахеи), либо переинтубация через 7 суток (при невозможности наложения трахеостомы);

- наложение пункционных гастростомы или энтеростомы для питания у пациентов с необратимым или длительно сохраняющимся нарушением глотания, у которых длительное нахождение назогастрального зонда опасно развитием пневмонии;

- профилактика аспирационного синдрома во время наркоза;

- своевременное выставление показаний к оперативному лечению в плановом порядке у пациентов с бронхоэктатической болезнью, бронхогенными кистами, поликистозом легкого, а также у лиц, перенесших гангрену легкого с формированием пневмоцирроза или фиброателектаза.

V. СКРИНИНГ

Необходимость регулярного рентгенологического контроля легких возникает у следующих групп пациентов:

- у пациентов, находящихся в терапевтических и пульмонологических отделениях с диагнозом «пневмония», - каждые 7-10 дней; при отсутствии положительной динамики от лечения выполняется компьютерная томография органов грудной клетки, а последующие рентгенографии легких выполняются каждые 5 дней;
- у пациентов с длительным постельным режимом с нелегочными заболеваниями (в реанимационных, токсикологических, неврологических и нейрохирургических отделениях с нарушением дыхания, дыхательной недостаточностью, с нарушением глотания) – каждые 7-10 дней; при неясных рентгенологических очаговых или инфильтративных изменениях выполняется компьютерная томография органов грудной клетки;
- у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких без пневмонии, - каждые 10 суток; при наличии инфильтрации легочной ткани и жидкости в плевральной полости – каждые 5 суток;
- у пациентов с сепсисом (внелегочным, без пневмонии) – каждые 7-10 суток; при наличии инфильтрации легочной ткани и жидкости в плевральной полости – каждые 5 суток; при неясных рентгенологических очаговых или инфильтративных изменениях выполняется компьютерная томография органов грудной клетки;
- у пациентов с длительной лихорадкой неясного генеза более 1 недели выполняется рентгенологическое исследование; при неясных рентгенологических очаговых или инфильтративных изменениях выполняется компьютерная томография органов грудной клетки;
- у пациентов после аспирации в трахеобронхиальное дерево различного происхождения – рентгенография через 1 сутки, через 5 и 10 суток; при наличии легочной инфильтрации рентгенография осуществляется до полного рассасывания инфильтрата или до 1-1,5 месяцев.

VI. КЛАССИФИКАЦИЯ

А. Классификация абсцессов легкого:

1) По характеру течения (и в какой-то мере по временным критериям):

- острый;
- деструктивный процесс с подострым (затяжным) течением;
- хронический абсцесс легких (хроническое течение гангрены невозможно), в котором выделяют фазу обострения и фазу ремиссии.

2) По клинико-морфологической форме:

- острый абсцесс без секвестрации,
- острый абсцесс с секвестрацией («гангренозный абсцесс»).

Абсцесс без секвестрации – гнойно-некротическое воспаление легкого с бактериальным и(или) аутолитическим протеолизом некроза, характеризующееся образованием одиночной (или множественной) ограниченной полости в легочной ткани с четкой демаркацией от жизнеспособной легочной ткани и гнойным содержимым.

Еще раз следует подчеркнуть отличие абсцесса от гангрены, которая представляет собой неотграниченный гнойно-гнилостный некроз всего легкого или доли, в которых перемежаются зоны гнойного расплавления и неотторгнутого некроза.

Абсцесс с секвестрацией – некроз участка легкого с последующим протеолизом его по периферии с формированием полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани с пристеночными или свободно лежащими тканевыми секвестрами.

Ранее абсцесс с секвестрацией называли «гангренозным абсцессом», чтобы подчеркнуть сочетание черт, свойственных как абсцессу, так и гангрене. Идея выделить эту форму принадлежит П.А. Куприянову и А.П. Колесову (1955). Однако в настоящее время термин нельзя считать удачным, так как острый абсцесс с секвестрацией не является «переходной формой» между гангреней и абсцессом и требует совершенно особой тактики и операции, о чем речь пойдет ниже.

При длительном течении заболевания теоретически иногда возможен переход абсцесса с секвестрацией в абсцесс без секвестрации, когда происходит полное расплавление отторнувшихся секвестров. Однако в связи с особенностью таких абсцессов (недренируемость их бронхами, длительный лизис ткани в замкнутой полости) нельзя надеяться на такой вариант развития событий. Трансформация процесса в обратном направлении – от абсцесса без секвестрации к гангренозному абсцессу или гангрене – невозможна.

3) По этиологии:

- деструктивные процессы, вызванные аэробной и (или) условно анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные облигатной анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные смешанной аэробно-анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные небактериальными возбудителями (грибы, простейшие и т.д.).

4) По механизму инфицирования:

- бронхогенные (аспирационные, ингаляционный, постпневмонические, обтурационные)

- гематогенные (тромбоэмболические постинфарктные, септикопиемические);
- травматические;
- из пограничных тканей и органов, т.е. связанные с непосредственным переходом нагноений с соседних органов (контактный, лимфогенный)

5) По распространенности процесса:

- одиночные,
- множественные, в том числе одно- и двусторонние.

6) По расположению:

- периферические,
- центральные.

Это деление может касаться лишь абсцессов относительно небольшого размера, тогда как крупные абсцессы и тем более гангрена занимают столь большую часть легкого, что разделять их на периферические или центральные нереально.

7) По тяжести течения (по Шойхету Я.Н., 2002):

- легкая степень: бронхолегочная симптоматика без признаков дыхательной недостаточности;
- средней тяжести: бронхолегочная симптоматика с дыхательной недостаточностью; сочетание бронхолегочной симптоматики, дыхательной недостаточности и сепсиса (системной воспалительной реакции на инфекционный агент);
- тяжелое течение: сочетание бронхолегочной симптоматики, дыхательной недостаточности и тяжелого сепсиса, сопровождающегося дисфункцией органов, гипоперфузией или гипотензией;
- крайне тяжелое: септический шок, сохраняющийся несмотря на адекватную инфузионную терапию; синдром полиорганной недостаточности.

8) По наличию осложнений:

- неосложненные,
- осложненные.

К осложнениям следует относить:

- пиоторакс (эмпиему);
- пиопневмоторакс;
- пневмоторакс;
- флегмону грудной стенки;
- плевроторакальный свищ;
- аспирация гноя отделяемого в здоровое легкое;
- пневмония, абсцесс или гангрена с контралатеральной стороны;
- легочное кровотечение;
- бактериемический шок;

- респираторный дистресс-синдром;
- сепсис, септикопиемия;
- прогрессирование заболевания в виде поражения противоположной стороны при первично одностороннем процессе;
- прочие осложнения: токсический миокардит, гнойный перикардит, острая сердечная недостаточность, гломерулонефрит с острой почечной недостаточностью, гепатит, ДВС-синдром;
- синдром полиорганной недостаточности.

9) Типы абсцедирования (по И.С. Колесникову, 1988):

1-й тип характеризуется поначалу благоприятной динамикой пневмонического процесса, после чего вновь возникает ухудшение состояния, повышение температуры, усиление болей в грудной клетке с последующим выделением гнойной мокроты. Абсцесс при этом формируется через 12-20 дней после начала пневмонии;

2-й тип характеризуется симптомами затянувшейся пневмонии и безуспешностью проводимого лечения: температура тела держится на высоких цифрах, постепенно появляется и увеличивается количество гнойной мокроты. Формирование легочного гнойника происходит в течение 20-30 дней от начала пневмонии;

3-й тип характеризуется быстротой развития гнойно-деструктивного процесса в легком, когда у больных уже с первых дней заболевания отмечается выделение гнойной, нередко зловонной мокроты, не характерной для типичной пневмонии. Данный тип свойственен аспирационному механизму, преобладающему в патогенезе гангрены легких.

Б. Классификация гангрены легкого:

1) По распространенности:

- лобарная;
- субтотальная;
- тотальная.

2) Односторонняя и двусторонняя.

В. Классификация бронхоэктатической болезни:

1) По этиологии бронхоэктазов:

- врожденные (в сочетании с другими пороками развития: синдром Зиверта-Картагенера – бронхоэктазы в сочетании с обратным расположением внутренних органов и пансинуситом; синдром Турпина-Коста – бронхоэктазы в сочетании с эктазией пищевода, пищеводно-трахеальной фистулой и позвоночно-реберными пороками развития);

- приобретенные (предрасполагающие факторы: корь, коклюш, пневмония, бронхит, синусит, туберкулез, травма, аспирация).

Вопрос о врожденных и приобретенных причинах бронхоэктазов, их первичности и вторичности остается открытым. Вероятно, повреждение бронхов возникает у лиц с генетическими дефектами или предрасположенностью к патологии, так как подавляющее большинство бронхоэктазов формируется в детском и юношеском возрасте.

К первичным относят бронхоэктазы при врожденных аномалиях и генетических заболеваниях легких. Вторичные бронхоэктазы могут быть обусловлены любыми причинами, вызывающими повреждение легких.

2) Этиопатогенетическая классификация (Thurbeck W.M., Iseman M.D.):

- постинфекционные (инфекции нижних дыхательных путей у детей, абсцедирующие пневмонии у взрослых, туберкулез; аденовирусная инфекция, коклюш, корь; другие инфекции дыхательных путей);

- обструктивные (инородное тело, опухоли, внешняя компрессия дыхательных путей);

- ингаляционные повреждения (вдыхание токсинов, раздражающих газов, паров, дыма, включая термические повреждения);

- аспирационные (гастроэзофагеальный рефлюкс, аспирационные пневмонии, санационные процедуры);

- генетически детерминированные (муковисцидоз, синдром цилиарной дискинезии, синдром Юинга);

- врожденные аномалии — дисплазии (агенезии, гипоплазии, секвестрации, шунты, карликовость);

- первичные иммунные расстройства (гуморальные дефекты, клеточные или смешанные расстройства, дисфункция нейтрофилов);

- дефицит или аномалии α_1 -антитрипсина;

- хронические диффузные заболевания легких известной или неустановленной этиологии (идиопатический легочный фиброз, коллагенозы, саркоидоз);

- идиопатические воспалительные расстройства (анкилозирующий спондилоартрит, воспалительные заболевания кишечника, рецидивирующий полихондрит);

- другие причины (аллергический бронхолегочный аспергиллез/микоз, ВИЧ-инфекция/СПИД, «синдром желтых ногтей», радиационное повреждение).

3) По распространенности:

- локализованные (одностороннее поражение);

- диффузные (двустороннее поражение).

4) по форме:

- цилиндрические;

- веретенообразные;
- мешотчатые,
- кистоподобные;
- смешанные.

5) По наличию ателектаза легкого:

- без ателектаза;
- с ателектазом.

6) Стадии заболевания:

- I (начальная);
- II (нагноения бронхоэктазов);
- III (деструкции).

7) По клиническому течению:

- фаза обострения;
- фаза ремиссии.

8) По форме течения:

- интермиттирующее течение;
- осложненное течение (легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, эмпиема плевры, абсцесс легкого, цирроз легкого, сепсис, язва желудка и ДПК, амилоидоз).

Г. Классификация нагноившихся кист легкого:

1) По происхождению:

- врожденные: кисты из бронхиального дерева (бронхиальные кисты), кисты, имеющие альвеолярное строение;
- приобретенные: тонкостенные воздушные полости, располагающиеся под висцеральной плеврой (буллезное легкое) или в междолевой борозде.

VII. ДИАГНОСТИКА

А. Общий перечень методов исследования.

1. Общеклинические физикальные методы обследования. При этом необходимо ориентироваться на выявление признаков дренируемости гнойника бронхом или его обтурации, признаков интоксикации, дыхательной недостаточности, сепсиса.

2. Лабораторные методы исследования (общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови), направленные на выявление признаков интоксикации и гнойного воспаления, органной недостаточности.

а) В острый период заболевания отмечаются лейкоцитоз с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличением СОЭ. В тяжелых случаях, особенно после предшествующей вирусной инфекции, а также при анаэробных деструктивных процессах лейкоцитоз может быть незначительным, а иногда количество лейкоцитов даже снижается, особенно за счет лимфоцитов, однако для этих случаев характерен наиболее резкий сдвиг формулы (до миелоцитов). Уже в первые дни болезни, как правило, нарастает анемия, особенно выраженная при неблагоприятном течении заболевания.

б) Наблюдается гипопроотеинемия, связанная как с потерей белка с мокротой (при количестве мокроты 500 мл в сутки теряется до 50 грамм белка), так и с нарушением синтеза белков в печени из-за интоксикации. Повышается уровень С-реактивного протеина, лактатдегидрогеназы, креатинкиназы, трансаминаз. Вследствие преобладания катаболических процессов может быть повышено содержание глюкозы в крови. В остром периоде существенно увеличивается содержание фибриногена плазмы, однако при далеко зашедшем гнойном истощении оно может уменьшаться вследствие нарушения синтеза этого белка в печени. Изменения гемостаза проявляются в виде угнетения фибринолиза. Объем циркулирующей крови снижается более чем у половины больных, причем преимущественно за счет глобулярного объема. Резкая гипопроотеинемия (30-40 г/л) ведет к появлению отеков. Задержка жидкости в интерстициальном секторе составляет в среднем 1,5 л, а у наиболее тяжело больных достигает 4 л. Гипераммониемия и гиперкреатининемия свидетельствуют о тяжелом, запущенном хроническом гнойном процессе, формировании хронической почечной недостаточности вследствие амилоидоза почек (например, при бронхоэктатической болезни).

в) В моче отмечается умеренная альбуминурия, иногда обнаруживаются гиалиновые и зернистые цилиндры. Необходимо контролировать удельный вес мочи, имея в виду возможность развития амилоидно-липоидного нефроза.

г) Бактериологическое исследование крови (посев крови на стерильность) при наличии клинико-лабораторных признаков сепсиса и/или длительной лихорадки.

3. Лабораторное исследование мокроты.

а) Следует читать суточное количество мокроты, собираемой в плевательницу с завинчивающейся крышкой. И увеличение, и уменьшение количества мокроты могут свидетельствовать как о положительной, так и об отрицательной динамике заболевания.

б) Бактериоскопическое исследование мокроты позволяет ориентировочно судить об этиологии деструкции, так как в мазках хорошо видны трудно культивируемые микроорганизмы, в частности неспоровые анаэробы, тогда как аэробные микробы-комменсалы полости рта и носоглотки, загрязняющие материал и хорошо растущие на стандартных средах, почти незаметны.

в) В связи с загрязнением микрофлорой верхних дыхательных путей и полости рта посевы мокроты на питательные среды, в том числе при соблюдении соответствующих предосторожностей (тщательное полоскание рта и глотки слабыми антисептиками перед откашливанием и т.д.), не всегда информативны. Информативность посевов мокроты несколько повышается при количественном методе исследования: выделенный микроорганизм считается этиологически значимым при его концентрации в мокроте 10^6 микробных тел в 1 мл. Бактериологическое распознавание анаэробной инфекции связано со значительными методическими трудностями и пока доступно небольшому числу лечебных учреждений.

4. Обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. Должна быть предпринята сразу же всем больным при подозрении на деструктивный процесс в легком. При анализе рентгенограммы (если это делает не врач-рентгенолог) необходимо обратить внимание, помимо затемнения легочной ткани, на смещение средостения в сторону поражения (ателектаз) или в противоположную сторону (выпот), наличие воздуха в плевральной полости (пневмоторакс, пиопневмоторакс), эмфизему средостения, адекватность стояния дренажа (если был поставлен на предыдущем этапе).

5. Компьютерная томография органов грудной клетки. Позволяет убедительно установить характер нагноения легкого, провести дифференциальный диагноз между гангреной легкого и абсцессом с секвестрацией, дифференциальный диагноз абсцесса легкого на фоне заблокированного опухолью бронха с распадом, определить локализацию гнойника (для выбора доступа для дренирования заблокированного гнойника). Мультиспиральная компьютерная томография является единственным методом диагностики бронхоэктатической болезни, который полностью вытеснил бронхографию.

6. Ультразвуковое исследование плевральных полостей. Необходимо для определения точки для безопасного и адекватного дренирования плевральной полости в случае наличия плевральных осложнений.

7. Фибробронхоскопия. Позволяет определить локализацию дренирующего бронха, следить за его состоянием в ходе заболевания и осуществлять ряд лечебных мер. Необходима для забора содержимого бронхов (мокрота, гной из полости абсцесса, бронхо-альвеолярная промывная вода) на цитологическое, бактериологическое исследование, на выявление кислотоустойчивых микобактерий, чувствительность выделенной флоры к антибиотикам, взятие биопсии ткани, обтурирующей просвет бронха. Смывы из бронхиального дерева, получаемые при бронхоскопии, практически всегда контаминированы. Информативность посева материала, получаемого при бронхоскопии, несколько повышается при количественном методе исследования: выделенный микроорганизм считается этиологически значимым при его концентрации в бронхиальном смыве – 10^4 микробных тел в 1 мл.

8. Исследование функции внешнего дыхания. Имеет ограниченное самостоятельное практическое значение. Может быть полезно при установлении показаний к операции у больных с гангреной легкого (пневмонэктомия как «операция отчаяния») для определения функциональных резервов остающегося легкого и переносимости операции.

9. Диагностическая пункция плевральной полости. Показана при наличии клинических и рентгенологических признаков гидроторакса. Экссудат направляется на цитологическое, бактериоскопическое и бактериологическое исследование (с определением чувствительности флоры к антибиотикам). Уверенно судить об этиологии деструкции позволяют лишь посеvy материала, получаемого при пункции патологического очага (аспират из области инфильтрации, гной из полости деструкции или плевры при трансторакальной пункции).

10. Видеоторакоскопия. Не является самостоятельным методом для диагностики острого легочного нагноения. Подразумевается при наличии плевральных осложнений в качестве диагностической и лечебной манипуляции (для дренирования под визуальным контролем).

11. Ангиография. Селективная бронхиальная артериография имеет значение в диагностике и лечении легочного кровотечения как осложнения острых инфекционных деструкций (рентгеноэндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий). Ангиопульмонография может быть вспомогательным методом в редких случаях выявления патологических соустьев (аневризм) между ветвями легочной артерии и бронхиальными артериями.

Б. Клинико-рентгенологическая диагностика абсцесса легкого без секвестрации.

Симптоматика при типичном течении мета- и постпневмонических, аспирационных абсцессов

Значение физикальных данных при деструктивных процессах не следует переоценивать. Основную диагностическую роль играет рентгенологическое исследование (полипозиционная рентгенография легких и компьютерная томография). Поэтому в данном разделе указанные методы диагностики рассматриваются параллельно.

Клинические проявления деструктивных процессов в легких проходят два периода – до прорыва продуктов распада легочной ткани через бронхиальное дерево и после этого. Однако грань между этими периодами не всегда выражена, особенно при абсцессе с секвестрацией, когда появление сообщения между очагом (очагами) деструкции и воздухоносными путями не сопровождается отчетливыми изменениями состояния больного. Кроме того, прорыв в бронхиальное дерево может не наступить в силу особенностей возникновения такого гнойника (аспираторный механизм, опухоль, блокирующая бронх) и его локализации (нижняя доля).

Период до прорыва гнойника в бронх.

Обычно заболевание начинается остро с недомогания, озноба, выраженного повышения температуры тела, боли в грудной клетке при вдохе. Сухой мучительный кашель возникает уже в первые дни, но иногда в начале заболевания выражен слабо. Затруднение дыхания и одышка из-за невозможности глубокого вдоха или рано развивающейся дыхательной недостаточности беспокоят многих больных уже в первые дни болезни.

Иногда вначале субъективные расстройства могут быть смазанными, а температура тела субфебрильной, в том числе при тяжелых гангренозных поражениях, вызываемых неклостридиальными анаэробами, и кажущееся клиническое благополучие, связанное отчасти со снижением реактивности, является обманчивым.

Нередко пациенты госпитализируются с диагнозом «пневмония», «токсический грипп». При подостром начале больные некоторое время лечатся в домашних условиях по поводу острого респираторного заболевания или даже продолжают работать.

При осмотре в типичных случаях отмечается бледность кожи, умеренный цианоз, тахипноэ, вынужденное положение на стороне поражения. Пульс учащен. Артериальное давление нормальное или с тенденцией к снижению. В особо тяжелых случаях наблюдается выраженная гипотензия как проявление гиповолемии или бактериемического шока.

Нередко отмечается отставание дыхательных экскурсий на стороне поражения, болезненность межреберий в зоне патологических изменений. Физикальная симптоматика на первом этапе заболевания соответствует клинике массивной пневмонии (притупление перкуторного тона, бронхиальное или ослабленное дыхание в зоне поражения). В первые дни хрипы мало характерны и могут отсутствовать. Иногда отчетливо выслушивается шум трения плевры.

Рентгенологически у больных в первом периоде выявляется интенсивное инфильтративное затемнение, сегментарное, полисегментарное, доленое, иногда распространяющееся на все легкое. Границы его с неизменной легочной тканью той же доли нечеткие, а с соседней непораженной долей – хорошо очерченные, что лучше видно на боковых снимках. Для деструкции в отличие от доленой пневмонии характерны выпуклая в сторону здоровой доли граница поражения, а также появление на фоне затемнения более плотных очагов. Иногда еще до прорыва гноя в бронхи на фоне массивного инфильтрата возникают множественные просветления неправильной формы, по-видимому, связанные со скоплением в некротическом субстрате газа, продуцируемого анаэробами, что придает затемнению пестрый, пятнистый вид.

Следует помнить, что массивные (долевые, двухдолевые, полисегментарные) затемнения в легочной ткани не всегда свидетельствуют о тотальной (чаще пневмококковой) пневмонии, а с самого начала заболевания могут быть проявлением деструктивного процесса.

У некоторых больных полость на обзорных рентгенограммах не видна и обнаруживается лишь при тщательном томографическом исследовании.

Период после прорыва гнойника в бронх.

Главным проявлением является приступообразный кашель с отхождением «полным ртом» обильного количества (до 500 мл) гнойной или ихорозной зловонной мокроты, часто с примесью крови. При аспирационных абсцессах это происходит в конце 1-й – на 2-й неделе заболевания, а при метапневмонических – через 2-4 недели и более. Такое «классическое» течение наблюдается в настоящее время далеко не у всех и даже не у большинства больных и главным образом при абсцессах без секвестрации.

Изменения в состоянии больных после начала отторжения некротического субстрата зависят от темпов и полноты очищения очага деструкции. Только при относительно небольших и с самого начала хорошо дренирующихся абсцессах наступает быстрый перелом в сторону выздоровления. Самочувствие таких больных улучшается, температура тела снижается, появляется аппетит, количество мокроты быстро уменьшается. Притупление перкуторного звука при этом уменьшается, в легких появляются, а затем сравнительно быстро исчезают влажные хрипы.

Рентгенологически во время второго периода на фоне уменьшения инфильтрата начинает определяться полость обычно округлой формы с уровнем жидкости на дне. В дальнейшем уровень исчезает, полость уменьшается и деформируется. Томографическое исследование обычно помогает выявить небольшие полости распада и следить за их динамикой, поскольку при обычной рентгенографии такие полости иногда не определяются.

Особенности течения обтурационных абсцессов при опухолях крупных бронхов.

Как правило, они протекают по типу заблокированных. Температурная реакция бывает различной – от субфебрильной до гектической. Количество мокроты скудное и увеличивается в случае распада опухоли и частичного восстановления проходимости бронха, что может сопровождаться снижением температуры тела и выраженности интоксикации. Физикальные данные мало характерны, а рентгенологически обнаруживается картина центрального рака легкого с ателектазом соответствующего отдела легочной ткани, на фоне которого иногда видно просветление неправильной формы. Типичная круглая полость с уровнем жидкости формируется редко. Диагноз опухоли, если он не был известен ранее, уточняется во время фибробронхоскопии. Инфекционный процесс протекает упорно, не поддаваясь антибактериальному лечению, и купируется лишь после радикальной операции, однако увеличивает риск послеоперационных гнойных осложнений.

Особенности течения гематогенных абсцессов легких.

Локализуются преимущественно в нижних долях, часто бывают множественными и двусторонними. Они возникают как проявление септикопиемии, характеризуются чаще всего скудной симптоматикой, маскируемой основным заболеванием. Кашель обычно с не слишком

обильной мокротой, а если абсцессу предшествовал инфаркт легкого, то с примесью крови.

Рентгенологически вначале наблюдается крупноочаговая инфильтрация легочной ткани, на фоне которой быстро (в течение 3-5 дней) начинает определяться круглая полость с уровнем жидкости или без такового. Чаще всего инфильтрация быстро рассасывается, а полость облитерируется. Нередко гематогенные гнойники почти не имеют отчетливых клинических проявлений и служат как бы случайной находкой при рентгенологическом или же патологоанатомическом исследовании.

Особенности травматических (огнестрельных) деструктивных процессов.

Клиническая картина в остром периоде после травмы маскируется тяжелыми проявлениями последней. Внутрилегочное нагноение можно заподозрить в связи с тяжелым состоянием раненого, высокой температурой, отхаркиванием обильной гнойной или гнойно-кровянистой мокроты, иногда содержащей элементы вторичных инородных тел (обрывки ткани, ваты и т.д.).

Рентгенологическая картина трудна для интерпретации из-за спадения легкого, внутрилегочного кровоизлияния и нагнаивающегося гемоторакса. Нередко в центре массивного затемнения определяется просветление неправильной формы, содержащее металлическое инородное тело. Из-за сообщения зоны деструкции с плевральной полостью уровень жидкости в полости абсцесса выявляется редко. После отторжения некротического субстрата через бронхи и дренированную плевральную полость формируется бронхоплевральный или бронхоторакальный свищ, что характеризуется соответствующими симптомами.

В. Клинико-рентгенологическая диагностика гангрены легкого и абсцесса с секвестрацией.

Клиническая симптоматология гангрены легкого и абсцесса с секвестрацией (так называемого «гангренозного абсцесса») мало отличаются друг от друга, в связи с чем и дифференциальный диагноз труден только на основании физикальных данных и результатов обычного рентгенографического исследования. Поэтому клиническую картину этих двух процессов целесообразно вместе, указав в дальнейшем отличия в компьютерно-томографической картине.

Для данных процессов характерно наличие в анамнезе состояний, связанных с возможностью достаточно массивной аспирации (алкогольный эксцесс, бессознательное состояние и проч.). Иногда при анаэробных гангренозных процессах еще до появления обильной мокроты ощущается зловонный запах изо рта. Типично относительно раннее появление обильной зловонной мокроты сероватого цвета, иногда содержащее обрывки легочной ткани, несоответствие обширности поражения легочной ткани умеренным нарушениям общего состояния. У некоторых больных, особенно при метапневмонических деструкциях, под влиянием лечения наступает

некоторое улучшение, сменяющееся появлением признаков легочного нагноения.

Сопоставление клинического течения острого абсцесса с секвестрацией и гангрены показало, что при гангрене оно более часто характеризуется прогрессированием и развитием осложнений, быстрее приводит к выраженному истощению, анемии, значительной легочно-сердечной недостаточности. Однако ничто из перечисленных показателей не может служить тем надежным критерием, с помощью которого можно было бы легко отличить абсцесс от гангрены.

При плохом бронхиальном дренировании через узкий бронх, больших размерах зоны поражения и замедленном расплавлении некротического субстрата количество мокроты нарастает постепенно и даже обильное ее отхождение не сопровождается заметным улучшением состояния. Продолжаются высокая гектическая лихорадка, изнурительные ознобы и пот. Больные быстро истощаются, кожа становится слегка желтушной или землисто-серой. При анаэробных процессах иногда обманчиво благополучное клиническое состояние не соответствует угрожающе массивному поражению легкого на рентгенограммах.

Физикальная картина может оставаться длительное время стабильной. Поэтому больше данных в плане диагностики дают рентгенологические методы исследования, особенно в динамике и в сопоставлении с клиническими проявлениями.

И при гангрене, и при абсцессе с секвестрацией начальным проявлением при обзорной рентгенографии является пневмонический фокус, изначально захватывающий участок легочной ткани в пределах анатомически обособленной части легкого. При абсцессе с секвестрацией такой частью обычно являются несколько сегментов или доля. Гангрена легкого, как правило, развивается после воспаления, распространяющегося на целую долю, и довольно часто на все легкое, т.е. для гангрены характерно изначально субтотальное или тотальное поражение. Других рентгенологических признаков в первую неделю заболевания, позволяющих дифференцировать гангрену от абсцесса с секвестрацией практически нет.

При компьютерной томографии для гангрены характерны на фоне инфильтрата обширные, неправильной формы множественные просветления с уровнями жидкости или без них. Четкого отграничения этих полостей от относительно нормальной ткани нет, что нередко приводит к заключению о наличии полисегментарной деструктивной (абсцедирующей) пневмонии.

При компьютерной томографии у пациентов с абсцессом с секвестрацией на фоне сохраняющейся обширной инфильтрации выявляется крупная полость (или несколько мелких сливающихся полостей) неправильной формы, с высоко расположенным уровнем жидкости, что может указывать на недостаточное дренирование, или с наличием свободно лежащих или пристеночно фиксированных секвестров.

Анаэробный процесс склонен рано осложняться пиопневмотораксом со зловонной плевральной жидкостью, получаемой при пункции, причем в

области пункции или плеврального дренажа часто развивается своеобразная анаэробная флегмона без выраженной кожной гиперемии, с быстро прогрессирующим отеком. В области инфильтрированной ткани иногда выявляется крепитация, а при разрезе обнаруживается небольшое количество гноя или серозно-гнойной жидкости и обширный некроз фасций (некротический анаэробный фасциит).

Исход и гангрены, и абсцесса с секвестрацией может быть различным, зависит от агрессивности микрофлоры, адекватности дренирования через бронх. В одних случаях под влиянием интенсивного лечения некротический субстрат постепенно отторгается, полость очищается через бронхиальное дерево, интоксикация уменьшается, а физикальные и рентгенологические симптомы подвергаются частичному или полному обратному развитию, в других - после некоторого улучшения процесс как бы стабилизируется в подострой фазе. В течение нескольких недель или даже месяцев, несмотря на терапию, продолжает выделяться обильная, иногда зловонная мокрота, температура тела остается фебрильной или субфебрильной, а другие симптомы интоксикации выражены в большей или меньшей степени. На этом фоне развиваются те или иные угрожающие жизни осложнения, амилоидоз внутренних органов и т.д. В случае заблокированного абсцесса с секвестрацией пациентам требуется оперативное вмешательство - дренирование трансторакальным доступом.

При наименее благоприятном течении, характерном для гангрены, лечебные мероприятия почти не дают ощутимого результата, и больные могут погибнуть в результате прогрессирующего деструктивного процесса или его осложнений. При молниеносном течении гангрены смерть может наступить на 2-й неделе заболевания.

Г. Клинико-рентгенологическая диагностика бронхоэктатической болезни.

Клиническая симптоматика при бронхоэктатической болезни меняется в зависимости от фазы (обострение, ремиссия) и стадии ее развития.

В диагностике бронхоэктатической болезни важно учесть указания в анамнезе а хронические, с обострениями инфекционные заболевания нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии), семейный анамнез со сведениями о факторах риска. Мотивом для обследования может стать сообщение о кровохарканье, а также о якобы имеющейся «астме».

Поводом для обследования может стать также выявленный при рентгенографии усиленный с деформацией легочный рисунок в нижних легочных полях, достигающий до периферических отделов легких, наличие ателектаза в нижних долях, средней доле, язычковых сегментах.

Указанные выше стадии, в общем, соответствуют стадиям морфологических изменений в легких.

Начальная стадия. Обусловлена несформированными бронхоэктазами и проявляется клиникой бронхита (непостоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой). Обострения с клинической картиной бронхопневмонии

редкие. При компьютерной томографии выявляются цилиндрические бронхоэктазы в пределах одного легочного сегмента.

Стадия нагноения бронхоэктазов. Обусловлена появлением гноя в бронхах. В фазу обострения заболевания проявляется фактически клиникой острого легочного нагноения. Может быть подразделена на 2 периода:

а) заболевание протекает клинически как гнойный бронхит с обострениями в виде бронхопневмоний;

б) заболевание протекает с выраженными симптомами бронхоэктатической болезни: постоянный кашель, с выделением гнойной мокроты до 200 мл/сут, нередко с кровохарканьем; обострения в виде бронхопневмоний 2-3 раза в год; гнойная интоксикация; дыхательная недостаточность; в легких выслушивается множество разнокалиберных сухих и влажных хрипов («скрип несмазанной телеги»); при компьютерной томографии обнаруживают распространенное поражение (1-2 доли), участки фиброза легочной ткани; в периоды обострения – фокусы пневмонии.

В ряде случаев имеется несоответствие физикальных и томографических данных. Выраженные физикальные изменения выявляются при далеко зашедших формах заболевания.

Стадия деструкции. Связана с переходом нагноительного процесса из бронхов на окружающую легочную ткань с развитием пневмосклероза. Может быть подразделена на 2 периода:

а) тяжелое течение заболевания с выраженной гнойной интоксикацией: гнойная мокрота до 500-600 мл/сут; часто кровохарканье (у 10-30% больных) и легочные кровотечения (у 10% больных); частично обратимые нарушения функции печени и почек; при компьютерной томографии множество мешотчатых бронхоэктазов, распространенный пневмосклероз, смещение средостения в сторону пораженного легкого;

б) те же проявления, к которым присоединяются тяжелые расстройства сердечной деятельности, дыхательная недостаточность, необратимые изменения печени и почек.

Для бронхоэктатической болезни свойственны все те же осложнения, что и для всех легочных нагноений.

Такие признаки как пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», ломящие боли в конечностях (синдром гипертрофической остеоартропатии Мари-Бамбергера), длительное время считавшиеся классическими для бронхоэктатической болезни, фактически встречаются не более чем у 10-15% больных.

Следует назвать признаки, по которым бронхоэктатическую болезнь можно отличить от хронического абсцесса: а) длительное течение (нередко с детства); б) обострение начинается с увеличения отхождения мокроты (хронический абсцесс – с задержки); в) локализация чаще в нижних отделах (хронический абсцесс – в S2 и S6); г) мокрота не содержит эластические волокна; д) данные мультиспиральной компьютерной томографии.

Д. Клинико-рентгенологическая диагностика нагноившихся кист легкого.

Неосложненные врожденные и приобретенные кисты протекают бессимптомно и нередко являются находкой при флюорографии.

Клиника инфицированной кисты (или кист) неспецифична и соответствует проявлениям любого легочного нагноения. При этом нагноившиеся кисты легкого отличаются от абсцессов относительно «мягким» течением инфекционного процесса (отсутствие высокой температуры тела, интоксикации, необильная слизисто-гнойная мокрота).

Данные, получаемые при физикальном исследовании, зависят от размеров кисты.

Рентгенологически при кисте выявляется чрезвычайно тонкостенная правильной формы округлая или овальная полость с горизонтальным уровнем жидкости и без перифокальной инфильтрации легочной ткани, характерной для деструкции.

При наличии поликистоза имеется тенденция к хронизации процесса. Рентгенологически и при компьютерной томографии легочная ткань при этом оказывается инфильтрированной.

Е. Клинико-рентгенологическая диагностика абсцедирующей (очаговой, септической) пневмонии.

Процесс начинается с деструкции и расплавления легочной ткани, которая представлена множественными очагами сливного характера, но вначале без полостей, содержащих жидкость и воздух. У каждого из этих очагов нет отграничивающей капсулы, как это бывает при стафилококковой деструкции легких.

Клиническая картина практически полностью напоминает симптоматику тотальной пневмонии. Рентгенологически в начале заболевания отмечается гомогенное затемнение без абсцессов, т.е. без полостей, содержащих уровень жидкости и воздух. Таких пациентов лечат терапевты и пульмонологи.

Но как только рентгенологически и томографически появляется полость (или полости), пусть даже диаметром 1 см, с уровнем жидкости, речь заходит об абсцедирующей пневмонии, и больные переводятся в торакальное хирургическое отделение.

Логично напрашивается вывод о том, что это множественные абсцессы без секвестрации. Однако факт того, что эти полости с уровнем жидкости существуют на фоне некупирующейся пневмонической инфильтрации и не всегда адекватно дренируются бронхом, заставляет вывести их в отдельную форму, которая по клинике, течению и тактике ближе к гангрене, чем к абсцессу.

Пользоваться термином «абсцедирующая (септическая) пневмония» можно только по тактическим соображениям, чтобы четко отграничить пневмонию, являющуюся чисто терапевтической проблемой, от инфекционной деструкции легких, отличающихся более тяжелым течением и

прогнозом, а главное – требующим лечения в специализированном торакальном отделении с использованием активных хирургических методик.

VIII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз необходим, прежде всего, между 4 группами патологических процессов, входящих в понятие «нагноительные заболевания легких», для выбора правильной тактики. Он базируется на клинико-лабораторной, рентгенологической и томографической картине приведенных выше заболеваний.

Сходная клиническая картина, а также рентгенологические данные заставляют проводить дифференциальный диагноз с инфильтративным туберкулезом в стадии распада, полостной формой периферического рака.

Инфильтративный туберкулез в стадии распада и каверны.

Трудности дифференциальной диагностики возникают при нетипичной локализации каверны в нижних отделах, абсцесса в верхней доле, а также в связи с острым началом обострения туберкулезного процесса и повышением температуры.

Необходимо учитывать контакты с больными туберкулезом или туберкулез в анамнезе самого больного, более торпидное течение туберкулеза и в среднем менее выраженную общую реакцию. Рентгенологическая картина при туберкулезном распаде более стабильна, полости редко содержат значительное количество жидкости, вокруг распадающегося инфильтрата, а также в других отделах легких нередко наблюдаются так называемые очаги отсева в виде круглых или неправильной формы теней диаметром 0,5-1,5 см, являющиеся результатом бронхогенной диссеминации.

Основную роль в дифференциальной диагностике играют тщательные многократные поиски микобактерий туберкулеза в мокроте, бронхиальных смывах и пунктате из полостей распада (бактериоскопия, посевы на элективные среды и т.д.). Менее важны кожные туберкулиновые пробы, а также поиски противотуберкулезных антител в сыворотке крови. Иногда вопрос о диагнозе решается при бронхоскопическом выявлении специфических бугорков на слизистой оболочке бронхов и исследовании биопсийного материала.

Полостная форма периферического рака.

Трудности возникают в связи с тем, что при рентгенологическом исследовании видна полость с хорошо выраженными стенками.

Следует учитывать, что рак чаще встречается в возрасте старше 50 лет, причем острый период в анамнезе отмечается чрезвычайно редко и зачастую к моменту исследования вообще нет субъективных расстройств. Кашель отсутствует или сопровождается скудной мокротой, в которой часто не обнаруживается микрофлора. Рентгенологически при раке обнаруживают четкий внешний контур стенки полости, имеющий толщину от 1-2 мм до 1-2

см. Внутренний контур стенки со стороны, обращенной к корню, иногда имеет утолщение, соответствующее бронху, явившемуся источником новообразования. При раке полость, как правило, не содержит жидкость или количество последней минимально.

Нередко определяются другие признаки рака: увеличение прикорневых лимфатических узлов, появление плеврального выпота. При исследовании мокроты можно обнаружить атипичные клетки, а при росте опухоли в проксимальном направлении диагноз может быть подтвержден бронхоскопией и биопсией.

Иногда следует проводить дифференциальный диагноз с нехирургическими заболеваниями: бронхиальная астма, профессиональные заболевания легких (силикоз, антракоз), долевая пневмония.

IX. ЛЕЧЕНИЕ

При установлении диагноза острого легочного нагноения больной требуется госпитализация пациента в специализированное торакальное хирургическое отделение.

При этом пациенты с гангреной легкого, особенно при наличии осложнений, пациенты с абсцессом легкого, осложненным легочным кровотечением, сепсисом, пиопневмотораксом и дыхательной недостаточностью сразу госпитализируются в отделение реанимации и интенсивной терапии.

В лечении острого легочного нагноения используются как консервативные (в основном), так и оперативные (по показаниям) методы.

Основные направления консервативного лечения являются довольно хорошо стандартизированными. Однако преимущественное преобладание тех или иных методик определяется формой острого легочного нагноения.

А. Лечение абсцесса легкого без секвестрации.

1) Мероприятия, направленные на поддержание и восстановление общего состояния больного и коррекцию нарушенного гомеостаза.

- Тщательный уход за больным, который должен находиться в светлой хорошо проветриваемой палате. Желательно изолировать больного, выделяющего зловонную мокроту, от других пациентов.

- Пища должна быть разнообразной, калорийной, содержать достаточное количество полноценных животных белков и витаминов. При недостаточном нутритивном статусе необходимо назначение вспомогательного питания (сбалансированные питательные смеси).

- Восстановление основных гемодинамических параметров (приведение ОЦК к емкости сосудистого русла), стабилизация гемодинамики. Для этой цели обязательна постановка подключичного катетера для длительной и массивной инфузионной терапии у наиболее тяжелых больных (предпочтительнее вводить на стороне пораженного

легкого для предупреждения пневмоторакса на «здоровой» стороне). С целью профилактики тромбозов и ангиогенного сепсиса необходим тщательный уход за катетером.

- Поддержание энергетического баланса: введение концентрированных растворов глюкозы (25-40%) с обязательным добавлением инсулина (1 единица на 4 г глюкозы).

- Коррекция электролитного баланса: к раствору глюкозы (из расчета на 1 литр 25% раствора) следует добавлять: 3 г калия хлорида, 0,8 г магния хлорида. Для особо истощенных больных к раствору глюкозы (из расчета на 1 литр 40% раствора) следует добавлять: 5 г калия хлорида, 2 г натрия хлорида, 1 г кальция хлорида, 0,5 г магния хлорида. Указанные растворы вводят по 1-3 л в сутки в зависимости от состояния больного.

- Восстановление белкового баланса (в размере не менее 40-50% суточной потребности) с помощью растворов аминокислот (полиамин, панамин, аминостерил, аminosол, валин и др.). При выраженной гипоальбуминемии рекомендуется вводить альбумин по 100 мл 2 раза в неделю. Вспомогательное парентеральное питание должно обеспечить поступление в организм не менее 7-10 г азота и 1500-2000 ккал/сут. Усвоение вводимого азота повышается при одновременном введении анаболических гормонов и витаминов.

- Снижение высокой протеолитической активности сыворотки крови (особенно при гангрене и неблагоприятно протекающих абсцессах): ингибиторы протеаз (контрикал до 100000 ед/сутки).

- Противовоспалительная терапия: 1% раствор кальция хлорида внутривенно по 200-300 мл 2 раза в неделю.

- Восстановление иммунологической реактивности больного в остром периоде: заместительная (пассивная) иммунотерапия в виде повторных переливаний антистафилококковой плазмы, антистафилококкового гамма-глобулина, препарата иммуноглобулина G, обогащенного иммуноглобулина, содержащего все важнейшие классы иммуноглобулинов (IgG, IgM, IgA).

- Улучшение микроциркуляции в зоне воспалительного очага: трентал, гепарины (нефракционированный, низкомолекулярные), криоплазменно-антиферментный комплекс.

Три варианта криоплазменно-антиферментного комплекса:

1-й вариант: большие дозы свежзамороженной плазмы (600-1000 мл) + малые или средние дозы гепарина (до 2000 ЕД) + большие дозы ингибиторов протеаз (100 000 – 200 000 ЕД контрикала). Показание: резкое прогрессирование деструкции легкого без бурной клинической картины; умеренные геморрагии;

2-й вариант: умеренные дозы свежзамороженной плазмы (300-450 мл) + большие дозы гепарина (30 000 ЕД). Показания: появление множественных затемнений в легких с образованием мелких полостей; образование абсцесса с секвестрацией;

3-й вариант: свежзамороженная плазма (300-1000 мл) + малые или средние дозы гепарина (20 000 ЕД) + большие дозы ингибиторов протеаз

(100 000 – 200 000 ЕД в течение 3-6 дней). Показания: бурное прогрессирование клинической картины, перифокальная инфильтрация с распространением процесса, дальнейшей деструкцией, некрозом легкого; геморрагический синдром.

- Коррекция нарушений системы гемостаза: плазмаферез, плазмообмен,
- Коррекция гипоксемии: оксигенотерапия.
- Коррекция анемии (по показаниям): переливание эритроцитарной массы, отмытых размороженных эритроцитов.
- Экстракорпоральная детоксикация: низкопоточная гемодиализация.
- Повышение неспецифической резистентности организма: экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови, озонотерапия.
- Лечение сердечной недостаточности: сердечные гликозиды, эуфиллин, кордиамин.
- Респираторная поддержка: дозируемая, контролируемая оксигенотерапия; СРАР-терапия (непрерывное положительное давление в дыхательных путях при спонтанном дыхании); неинвазивная масочная вентиляция; инвазивная вентиляция: принудительная, управляемая, контролируемая (контролируемая по объему Volume Control и по давлению Pressure Control); режимы вспомогательной инвазивной вентиляции легких (ВИВЛ); спонтанное дыхание: Т-трубка, оксигенотерапия, дыхание атмосферным воздухом.

2) Мероприятия, направленные на обеспечение оптимального дренирования очагов деструкции в легком через бронхиальное дерево.

- Постуральный дренаж (откашливание в положении, при котором дренирующий бронх оказывается ниже полости распада).
- Бронхорасширяющие средства (эуфиллин, атровент, сальбутамол, эреспал и др.).
- Средства, способствующие разжижению мокроты (3% раствор калия иодида по 1 столовой ложке несколько раз в день, мукалтин, ацетилцистеин, амбробене и др.).
- Ингаляционная аэрозольтерапия.
- Лечебная физическая культура («дренажная гимнастика»). Упражнения представляют собой сочетание дренажных положений с различными движениями туловища и конечностей при обязательном выполнении кашлевых толчков, способствующих удалению мокроты. Для усиления потока выдыхаемого воздуха и лучшего отделения мокроты широко используют удлиненный нефорсированный выдох, частую смену исходного положения, легкое поколачивание грудной клетки ладонью на предполагаемом месте скопления мокроты.
- Санационная фибробронхоскопия с последующим направленным эндобронхиальным (и в полость абсцесса) введением муколитиков, антибактериальных препаратов, протеолитических ферментов (трипсин, химопсин, рибонуклеаза), иммуномодуляторов и проч. Манипуляция осуществляется ежедневно, а после улучшения состояния – 1 раз в 3-4 дня.

- Трансбронхиальное дренирование полости абсцесса (или установка катетера в дренирующий бронх) с помощью бронхоскопа и (или) под контролем рентгенотелевизионного экрана с последующей санацией бронхиального дерева и полости абсцесса, введением антисептиков, протеолитических ферментов и проч. Однако удержать катетер в нужном положении удастся далеко не всегда (нередко он смещается при кашлевых движениях), поэтому данные манипуляции осуществляются во время каждой бронхоскопии. Эндоскопическое дренирование показано при клинических, рентгенологических и ультразвуковых признаках «блокированного» абсцесса или неадекватной санации его полости во время традиционной бронхоскопии.

- Микротрахеостомия (введение тонкого катетера через прокол шейного отдела трахеи) позволяет осуществлять стимуляцию кашлевого рефлекса путем капельного введения раздражающих растворов, а также муколитических препаратов, протеолитических ферментов, антибактериальных средств.

- Трахеостомия (при явлениях дыхательной недостаточности III степени и необходимости продленной искусственной вентиляции легких).

3) Мероприятия, направленные на подавление возбудителей инфекционного процесса.

Антибактериальное лечение лишь в начальном периоде заболевания способно предупредить распад легочного инфильтрата или же существенно ограничить его объем. Однако в нашей стране большинство больных поступают в специализированные отделения значительно позже, при наличии массивного распада, тяжелой гнойной интоксикации и нарушенной иммунологической реактивности, когда антибактериальная терапия сама по себе уже не способна обеспечить выздоровление.

Пути введения антибиотиков: внутримышечный, внутривенный.

В настоящее время не получено убедительных данных в преимуществе регионарный пути введения (в легочную артерию путем выполнения ангиопульмонографии или в бронхиальные артерии путем выполнения аортографии и селективной бронхиальной артериографии).

Эмпирическая терапия (до получения результатов бактериологического исследования) основывается на том, что наиболее часто развитие абсцесса связывается с анаэробной флорой – *Bacteroides* spp., *F. nucleatum*, *Peptostreptococcus* spp., *P. niger* - нередко в сочетании с энтеробактериями (вследствие аспирации содержимого ротоглотки).

Препаратами выбора являются: 1) амоксициллин/клавуланат; 2) ампициллин/сульбактам + метронидазол; 3) цефтазидим + аминогликозиды; 4) цефоперазон/сульбактам.

Альтернативными препаратами и комбинациями являются:

1) линкосамиды + аминогликозиды; 2) фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) + метронидазол; 3) карбапенемы (эртапенем, имипенем, меропенем); 4) тикарциллин/клавуланат; 5) пиперациллин/тазобактам.

Длительность терапии определяется индивидуально, может достигать 3-4 недель.

Если заболевание началось с вирусной инфекции и можно предполагать участие респираторных вирусов, то полезно дополнительно назначить противовирусное средство (ингавирин, кагоцел, тамифлю и др.)

В дальнейшем выбор препарата осуществляется индивидуально в соответствии с видом выделенного возбудителя и его чувствительностью.

При смене антибактериального препарата можно иметь в виду применение направленного транспорта антибиотика на лейкоцитах для повышения эффективности доставки препарата в зону воспаления. Для этого максимальная разовая доза антибиотика широкого спектра смешивается с лейкоконцентратом пациента, полученным путем лейкоцитафереза, и вводится внутривенно. Важным условием является достаточно большое количество лейкоцитов в периферической крови (лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$).

4) Оперативное лечение, направленное на ликвидацию гнойного очага.

- Трансторакальное дренирование полости абсцесса, направленное на свободную эвакуацию гноя и некротизированных тканей (по Мональди). Применяется у пациентов с «блокированными абсцессами» (не дренирующимися через бронхиальное дерево). Главным условием для этого должно быть наличие крупной периферически расположенной плевральной полости, сопровождающейся выраженным спаечным процессом в плевральной полости (во избежание пиопневмоторакса).

- Лобэктомия, пневмонэктомия. Применяется при развитии осложнений (легочное кровотечение), а также в случае «блокированного абсцесса» с развитием сепсиса. При принятии решения о возможности или невозможности выполнения этих операций можно рекомендовать ориентироваться на классификацию тяжести течения легочных нагноений (Шойхет Я.Н., 2002), приведенную выше. Операция противопоказана (так как сопровождается практически 100% летальностью) у пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением, когда имеется тяжелый сепсис с дисфункцией органов, в том числе и двустороннее поражение.

- При сочетании абсцесса с эмпиемой плевры (как без бронхоплеврального свища, так и со свищем) выполняется дренирование плевральной полости, видеоторакоскопическая санация и дренирование плевральной полости. В этом случае, при отсутствии жизнеугрожающих осложнений, какая-либо другая операция в остром периоде не выполняется, так как гнойник фактически уже дренируется через плевральную полость.

Б. Лечение гангрены легкого.

Лечение пациентов с установленным диагнозом гангрены легкого проводится в соответствии с теми же описанными направлениями, что при абсцессе легкого.

Предпочтение должно быть отдано интенсивному консервативному лечению в связи с тем, что «операции отчаяния», проводимые на фоне

катастрофического прогрессирующего ухудшения состояния, сопровождаются высокой летальностью.

Целью такого интенсивного лечения является купирование процесса деструкции легочной ткани, отграничение зон некроза, резорбция некротических масс, замещение их соединительной тканью с формированием фиброателектаза доли (легкого) или пневмоцирроза.

У больных с гангреной легкого могут возникнуть показания к экстренной, срочной и плановой операции.

Показания к экстренной операции:

- легочное кровотечение;
- напряженный пиопневмоторакс;
- пиопневмоторакс с большим сбросом воздуха через бронхиальный свищ;
- флегмона грудной стенки;
- угроза асфиксии при большом количестве мокроты и поступлении ее в контралатеральное легкое.

Показания к срочной операции:

- отсутствие эффекта от интенсивного консервативного лечения;
- прогрессирование гангрены.

Показания к плановой операции:

- формирование хронического абсцесса;
- формирование фиброателектаза и пневмоцирроза с опасностью повторной деструкции.

Наибольшие трудности возникают с определением показаний к срочной операции. Каких-либо осложнений, требующих экстренной операции, вроде бы нет, но некротический процесс протекает бурно или не купируется, что заставляет ограничивать продолжительность консервативной терапии из-за высокой вероятности фатальных осложнений (сепсис, полиорганная недостаточность). В таких случаях уже через 1-2 недели после поступления больного в стационар приходится решаться на крайне опасное радикальное вмешательство, являющееся единственной мерой спасения жизни. Однако при этом высок риск летального исхода в ближайшем послеоперационном периоде. Поэтому важно сопоставить тяжесть течения легочного нагноения и риск операции.

При принятии решения о возможности или невозможности выполнения срочной операции можно рекомендовать ориентироваться на классификацию тяжести течения легочных нагноений (Шойхет Я.Н., 2002), приведенную выше. Операция противопоказана (так как сопровождается практически 100% летальностью) у пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением, когда имеется тяжелый сепсис с дисфункцией органов, в том числе и двустороннее поражение.

Консервативное лечение как единственный вид терапии у больных с гангреной легкого проводится при запущенных формах гангрены легких с выраженной легочно-сердечной недостаточностью и двусторонним поражением, когда лобэктомия или пневмоэктомия заведомо фатальна.

Объем операции (экстренной, срочной, плановой) при гангрене легкого – лобэктомия, пневмоэктомия.

При осложнении гангрены эмпиемой плевры (как без бронхоплеврального свища, так и со свищем) выполняется дренирование плевральной полости, видеоторакоскопическая санация и дренирование плевральной полости. В этом случае, при отсутствии жизнеугрожающих осложнений, какая-либо другая операция в остром периоде не выполняется.

В. Лечение абсцесса легкого с секвестрацией.

В ряде случаев, особенно в самом начале заболевания, очень трудно бывает дифференцировать гангрену легкого и абсцесс с секвестрацией на основании компьютерно-томографических признаков.

Даже если предполагать возможность у ряда больных трансформации гангрены легкого под влиянием адекватного лечения в гангренозный абсцесс, все равно на это потребуется определенное время. Именно поэтому в начальной своей стадии лечение гангрены и абсцесса с секвестрацией отличаться не будут. Поэтому в таких случаях лечение проводится в соответствии с теми же описанными направлениями, что при абсцессе легкого, в течение как минимум 7-10 дней. За это время при повторной компьютерной томографии становится понятным динамика заболевания.

Если диагноз абсцесса легкого с секвестрацией уже установлен, то на фоне продолжающегося интенсивного лечения больному следует выполнить оперативное вмешательство, направленное на удаление секвестров из полости абсцесса путем широкого торакотомического дренирования – торакотомии с резекцией части ребра.

Главным условием выполнения такой операции является отграничение абсцесса от плевральной полости. Кратчайший доступ и резецируемое ребро выбирается на основании данных компьютерной томографии (чаще всего это VI или VII ребро по средней или задней подмышечной линии). Стенки полости фиксируются к коже для создания широкого неспадающего раневого канала. В полость устанавливается трубчатый дренаж для фракционного промывания и аспирации. В большинстве случаев не требуется установление подводного дренажа по Бюлау в связи отсутствием плевральных свищей. Но даже при их наличии легкое не спадается за счет плотных фиброзных сращений легкого с грудной стенкой в этом месте.

Для ускорения очищения полости можно рекомендовать наладить активную вакуумную аспирацию из торакотомиальной полости посредством либо централизованной системы, либо переносных аппаратов отрицательного давления. Для этого в торакотомиальную рану должен быть введен специальный дренаж, а сама рана герметизирована. Режим отрицательного давления следует подбирать эмпирически, ориентируясь на опасность аррозивного кровотечения при отторжении секвестров. Оптимальным является переменный режим отрицательного давления: в течение первых суток от 40 до 60 мм рт ст, при хорошей переносимости в последующие дни от 60 до 90 мм рт ст, по 3 минуты каждый уровень. Перевязки следует

осуществлять 1 раз в 3-4 дня в зависимости от наполнения контейнера. Во время перевязок полость промывается 3% раствором перекиси водорода, 3% раствором борной кислоты, удаляя только свободно лежащие секвестры и не форсируя выполнение некрэктомии. Во время перевязки можно выполнять торакоабсцессоскопию (удаление секвестров под визуальным контролем).

Торакоабсцессостомия может быть первым и окончательным методом лечения, в результате которого наступает очищение полости от секвестров, расправление легкого, формирование на месте полости фиброателектаза или пневмофиброза. При сохранении остаточной полости в легком пациенту в последующем понадобится лобэктомия (пневмоэктомия). В этом случае торакоабсцессостомия будет подготовительным этапом, направленным на купирование деструкции и интоксикации, ограничение процесса от нормальной ткани легкого.

В результате применения торакоабсцессостомии у больных с абсцессом с секвестрацией можно практически полностью избежать выполнения в срочном порядке лобэктомии и пневмонэктомии (если, конечно же, нет жизнеугрожающих осложнений). Это является принципиальным отличием от тактики при гангрене легкого.

При сочетании абсцесса с эмпиемой плевры (как без бронхоплеврального свища, так и со свищем) выполняется дренирование плевральной полости, видеоторакоскопическая санация и дренирование плевральной полости. В этом случае, при отсутствии жизнеугрожающих осложнений, какая-либо другая операция в остром периоде не выполняется, так как гнойник фактически уже дренируется через плевральную полость.

Г. Лечение бронхоэктатической болезни.

С учетом того, что бронхоэктатическая болезнь является хроническим заболеванием с чередованием фазы обострения и фазы ремиссии, при нем предусмотрено как консервативное, так и оперативное лечение.

Консервативное лечение проводится:

- у больных с I-й, начальной стадией заболевания (как единственный метод);
- у больных с IIБ стадией (как единственный метод) в связи с невозможностью выполнения радикальной операции из-за распространенности процесса и необратимых изменений функции внутренних органов;
- у больных с диффузным характером бронхоэктазов (распространенное поражение) с вовлечением более 12 сегментов с обеих сторон;
- у больных старше 45-50 лет, что при длительном течении заболевания соответствует фактически развитию необратимых изменений функции внутренних органов и распространенному поражению;
- у больных с функциональной декомпенсацией систем жизнеобеспечения: дыхательная недостаточность II-III степени, сердечно-сосудистая недостаточность IIБ-III степени, коронарная недостаточность

(стенокардия покоя), почечная недостаточность, печеночная недостаточность;

- у больных со IIa, IIб, IIIa стадиями в фазу обострения в качестве предоперационной подготовки.

Схема лечения соответствует лечению острых легочных нагноений, описанной выше.

Оперативное лечение выполняется при условиях и ситуациях, не оговоренных в показаниях к консервативному лечению.

Настойчивые показания к хирургическому лечению возникают при наличии указаний в анамнезе и на момент госпитализации:

- рецидивирующего кровохарканья;
- легочного кровотечения;
- пневмоторакса;
- частых обострений заболевания и коротких ремиссиях (невозможность достигнуть стойкой ремиссии в течение 2-3 лет);
- цирроза легкого с гнойным процессом в резко расширенных бронхах.

В большинстве случаев операция носит плановый характер. Объем операции: сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пневмонэктомия. При ограниченных двусторонних поражениях возможно последовательное (с интервалом в 3-4 месяца) выполнение двусторонних резекций легких. Первым этапом выполняется операция на стороне наибольшего поражения. При определении объема операции необходимо помнить о частом сочетании поражения бронхоэктазами нижней доли с поражением язычковых сегментов (слева) и средней доли (справа).

Д. Лечение нагноившихся кист легкого.

В связи с относительно «мягким» течением заболевания операция выполняется в основном в плановом порядке.

При нагноении солитарной кисты производят ее иссечение с максимальным щажением непораженной легочной ткани.

При инфицированном поликистозе единственным методом, ведущим к радикальному излечению, является лобэктомия, а иногда и пневмонэктомия. Однако это оказывается выполнимо при односторонних поражениях.

При противопоказаниях к радикальной операции проводят консервативное лечение по общим принципам терапии гнойных заболеваний легких.

Е. Лечение абсцедирующей пневмонии.

Лечение таких пациентов полностью соответствует стратегии ведения больных с гангреней легкого как в плане интенсивного консервативного лечения, так и в плане выставления показаний к операции.

Ж. Лечение осложнений легочных нагноений

Лечение пациентов с развившимися осложнениями проводится в соответствии с принципами, изложенными в соответствующих

Национальных клинических рекомендаций и Клинических протоколах и не является предметом для обсуждения в данном документе.

Х. ЧТО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ?

При оказании помощи больным с острыми нагноениями легких **нельзя:**

- пунктировать и дренировать полость абсцесса в легком, не убедившись (с помощью компьютерной томографии) в наличии спаечного процесса легкого и париеальной плевры в месте локализации полости (во избежание пиопневмоторакса);
- оперировать больных с гангреной легкого при отсутствии экстренных показаний, не использовав весь арсенал методов интенсивной терапии;
- экстраполировать метод торакоабсцессостомии при абсцессе с секвестрацией на пациентов с гангреной легкого;
- выполнять плановую операцию по поводу хронического абсцесса, не применив все способы исключения злокачественного новообразования в зоне хронической полости;
- предпринимать операцию по поводу бронхоэктатической болезни при двустороннем поражении (суммарно более 12 сегментов).

ХІ. ПРОГНОЗ

Различают 4 возможных исхода острых легочных нагноений. Они относятся лишь к больным, леченным консервативно и не подвергавшимся радикальным вмешательствам в остром и подостром периодах заболевания, что следует учитывать при оценке общих результатов лечения.

а) Полное выздоровление. Характеризуется заживлением полости деструкции и исчезновением клинической симптоматики (наблюдается у 25-40% больных).

б) Клиническое выздоровление. При этом остается стойкая, обычно тонкостенная, нередко эпителизированная полость без клинических проявлений (наблюдается у 35-50% больных).

Так называемое клиническое выздоровление изучено недостаточно и не может считаться абсолютно стабильным состоянием. По всей вероятности, у одних больных остаточная полость может с годами уменьшиться или даже облитерироваться, тогда как у других в ней не исключена поздняя вспышка инфекционного процесса.

Исход в большой мере зависит от формы деструкции. Так, полное выздоровление наблюдается почти исключительно при абсцессах без секвестрации, тогда как при абсцессах с секвестрацией значительно чаще отмечается клиническое выздоровление или переход в хроническую форму.

Гангрена характеризуется летальностью 40% и более. У многих больных возникают показания к вынужденным неотложным вмешательствам, связанным с крайне высоким риском. Лишь у небольшой части больных гангрена трансформируется в абсцесс с секвестарцией, а затем в хронический абсцесс или пневмофиброз (фиброателектаз).

В ходе консервативного лечения в острой или подострой фазе процесса оперативному лечению подвергается 15-20% больных, в том числе 5-7% по неотложным показаниям. Летальность при операциях, осуществляемых по неотложным показаниям, достигает 25-30%, а при затяжном подостром течении составляет менее 10%.

в) Хронический абсцесс. При этом в остаточной внутрилегочной полости периодически обостряется гнойный инфекционный процесс (наблюдается у 15-20% больных).

Критерии перехода острого или подострого деструктивного процесса в хронический абсцесс не являются общепризнанными. В качестве временных критериев был принят срок 2-3 месяца от начала заболевания. Срок этот весьма условный, так как у многих больных через 2-3 месяца лечения исход острого процесса нельзя считать определенным. В одних случаях к этому сроку острый гнойный процесс купируется и остается полость, которая в дальнейшем может эпителизоваться и являться морфологическим субстратом «клинического выздоровления» или же стать очагом периодически обостряющейся гнойной инфекции, т.е. хроническим абсцессом.

В других случаях через 2-3 месяца имеет место подостро текущий гнойный процесс, являющийся показанием к операции, которую производят до того, как окончательно станет ясным исход консервативного лечения. Абсцесс легкого можно считать хроническим лишь после того, как сформируется характерная двухслойная стенка остаточной полости, определяемая рентгенологически и томографически.

Таким образом, хронический абсцесс легкого можно определить как состояние, при котором в патологической внутрилегочной полости, образовавшейся в результате деструктивного процесса, происходит периодически обостряющийся гнойный процесс.

Консервативное лечение в периоды обострений проводят в основном также как при остром абсцессе. Хронический абсцесс является несомненным показанием к радикальному оперативному вмешательству. Противопоказанием могут быть лишь сердечная недостаточность, декомпенсированные нарушения функции печени, почек, неудалимые злокачественные опухоли и другие тяжелые сопутствующие заболевания и состояния.

Вмешательство следует проводить в фазе ремиссии, а при наличии затяжного обострения — после интенсивного консервативного лечения, максимально купирующего инфекционный процесс.

У больных с выраженным кровохарканьем или легочным кровотечением целесообразно провести бронхиальную ангиографию и

эмболизацию расширенных сосудов в области очага поражения. Эта манипуляция обеспечивает гемостаз (не всегда окончательный) и способствует купированию обострения гнойного процесса, а в тех случаях, когда кровохарканье и кровотечение были единственным проявлением хронического абсцесса, может оказаться значительным этапом лечения.

Операция при хроническом абсцессе чаще всего состоит в лобэктомии или билобэктомии, однако в ряде случаев из-за одновременного поражения верхней и нижней долей (чаще всего в области II-VI сегментов) или же наличия распространенных вторичных бронхоэктазий приходится удалять все легкое. При сопутствующей хронической эмпиеме плевры выполняют вмешательства типа плевралобэктомии или плевропульмонэктомии.

Практически все операции по поводу хронических абсцессов легкого технически сложны и нередко сопровождаются выраженной кровопотерей. Госпитальная летальность при таких вмешательствах составляет от 3 до 10%.

г) Летальный исход. Наблюдается у 5-10% больных с тяжелым, неблагоприятным течением заболевания и развитием осложнений.

При выполнении операции у пациентов с бронхоэктатической болезнью, даже при большом объеме удаляемой части легкого, у людей молодого возраста быстро улучшается состояние и восстанавливается трудоспособность.

ХII. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ, ОБУЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ

Ведение пациентов после выписки из стационара проводится следующим направлениям:

- коррекция режима труда и образа жизни;
- полноценное питание;
- профилактика респираторных нарушений;
- лечебная физическая культура, включая дыхательную гимнастику;
- бронхолитики, муколитики;
- санаторно-курортное лечение.

К санаторно-курортному лечению прибегают при хроническом абсцессе легкого в фазе длительной ремиссии, без частых обострений и склонности к кровотечению и образованию множественных абсцессов, при отсутствии показаний к хирургическому лечению, а также без осложнений в виде пиопневмоторакса, амилоидоза, резкого истощения и выраженной анемии. Больных направляют в местные санатории, если дыхательная недостаточность не превышает II степень, недостаточность кровообращения – I стадию.

В связи с тем, что большинство больных хроническим абсцессом подвергаются радикальному хирургическому лечению, целесообразно ставить вопрос о санаторно-курортном лечении после проведенной операции.

Через 3-4 месяца по окончании временной нетрудоспособности и удовлетворительном общем состоянии, отсутствии дыхательной недостаточности выше I степени и недостаточности кровообращения выше I стадии больные могут быть направлены на климатические курорты (приморские, горные, равнинные лесные) на санаторное лечение в теплое время года или в местные санатории.

Больные с более тяжелой степенью функциональных нарушений (дыхательная недостаточность II степени и недостаточность кровообращения I и IIА стадии) – в местные санатории.

При дыхательной недостаточности III степени и сердечной недостаточности IIБ-III стадии лечение даже в местных санаториях не показано.

При возникновении в отдаленные сроки после операции обострений хронических заболеваний (бронхит, бронхоэктатическая болезнь) вопрос о курортном лечении решается с учетом активности воспалительного процесса и выраженности дыхательной и сердечной недостаточности.

Медико-социальная экспертиза.

Сроки временной нетрудоспособности при остром абсцессе и гангрене легкого могут достигать 2-4 месяцев, а в случае оперативного лечения – 4-6 месяцев. Критерием выписки больного из стационара является достижение полного или клинического выздоровления, а в случае перехода в хронический абсцесс – достижение клинко-рентгенологической ремиссии.

Пациенту противопоказаны виды труда, связанные с работой в пыльном и загазованном помещении, с пребыванием в неблагоприятных метеорологических условиях (резкая смена температуры, повышенная влажность), со значительным физическим напряжением. При доступных видах и условиях труда пациенты трудоспособны. В необходимых случаях после выписки больной подлежит переводу на «легкий труд» через клинко-экспертную комиссию, либо необходимо изменение характера работы.

Больные с нагноительными заболеваниями легких и плевры могут быть признаны инвалидами ввиду выраженности клинических проявлений (интоксикации) и сужения круга доступных профессий. При хроническом абсцессе и бронхоэктатической болезни устанавливается III или II группа; при хронической эмпиеме плевры - II группа.

На инвалидность переводятся пациенты, которым было выполнено оперативное вмешательство на легких. После операции лобэктомии может быть установлена любая группа инвалидности в зависимости от степени легочной недостаточности (либо в некоторых ситуациях возможно трудоустройство через клинко-экспертную комиссию без перехода на инвалидность). После операций плеврэктомии и декорткации больные переводятся на III или II группу инвалидности сроком на 1 год с последующим переосвидетельствованием (в зависимости от степени

легочной недостаточности). После операции пульмонэктомии устанавливается II и даже I группа инвалидности.

ХIII. БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

1. Бакулев А.Н., Колесникова Р.С. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких. – М., 1961.
2. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н. Хирургическое лечение инфекционных осложнений повреждений груди и живота. - СПб., 1997.
3. Бисенков Л.Н., Попов В.И., Шалаев С.А. Хирургия острых инфекционных деструкций легких. – СПб.: Изд-во «ДЕАН», 2003. – 400 с.
4. Бисенков Л.Н., Саламатов А.В. Длительная трансбронхиальная катетеризация полостей деструкции в лечении острых абсцессов легких с нарушенной бронхиальной проходимостью // Вестник хирургии им . И.И. Грекова. – 1998. – Том 157, №5. – С. 111-115.
5. Блашенцева С.А., Богданов В.Е., Блашенцев К.В. и др. Современные аспекты диагностики и лечения острых гнойных абсцессов легких. – Самара: ГП «Перспектива», 2002. – 152 с.
6. Богатов А.И., Мустафин Д.Г. Осложненная стафилококковая пневмония у взрослых. – М.: Медицина, 1984.
7. Болезни органов дыхания / Под ред. Н.Р.Палеева. – М.: Медицина, 2000.
8. Внебольничная терапия у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. – Москва, 2003. – 54 с.
9. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии: Руководство для врачей. – М., 2004. – 584 с.
10. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996.
11. Гостищев В.К., Смоляр В.А., Харитонов Ю.К. и др. Торакоабсцессостомия в комплексном лечении гангрены легкого // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2001 .- №1. – С.54-57.
12. Гостищев В.К., Смоляр В.А., Шикторов Д.И. и др. Принципы комплексного лечения абсцессов и гангрены легкого // Первый конгресс Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». Тезисы докладов. – М., 2005. – С. 225-226.
13. Гнойные заболевания легких и плевры / Под ред. П.А. Куприянова. – Л.: Медицина, 1955.
14. Жестков А.В., Кормасов Е.А., Суздальцев А.А. и др. Диагностика и лечение инфекционных заболеваний органов дыхания: Учебное пособие. - Самара: СамГМУ, 2005. – 104 с.
15. Золотарев Д.В., Хрупкин В.И., Лищенко В.В. и др. Видеоторакоскопическая некрсеквестрэктомия в комплексном лечении

- гангренозных поражений легких // Материалы XII Московской ассамблеи «Здоровье столицы». – М., 2013.
16. Интенсивная терапия в пульмонологии: Монография / под ред. С.Н. Авдеева. Т.1. – М.: Издательство «Атмосфера», 2014. – 304 с.
 17. Колесников И.С., Вихриев Б.С. Абсцессы легких. – Л.: Медицина, 1973.
 18. Колесников И.С., Лыткин М.И., Лесницкий Л.С. Гангрена легкого и пиопневмоторакс. – Л.: Медицина, 1983. – 224 с.
 19. Лукомский Г.И., Шулутко М.Л., Виннер М.Г., Овчинников А.А. Бронхопульмонология. – М.: Медицина, 1982. – 400 с.
 20. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия / под ред. П.К. Яблонского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с.
 21. Овчинников А.А. Диагностические и лечебные возможности современной бронхоскопии // Русский медицинский журнал. – 2000. - Том 8, №12 - С. 515-522.
 22. Полосухин В.В., Егунова С.М., Чивакин С.Г. Диагностический бронхоальвеолярный лаваж. - Новосибирск, 1995.
 23. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 300 «Об утверждении стандартов (протоколов) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких» от 09.10.1998 года. – Москва, 1998.
 24. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г., № 898н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия» (Зарегистрировано в Минюсте России 19 декабря 2012 г., №26192).
 25. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 768 с.
 26. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: Руководство для практикующих врачей / под ред. А.Г. Чучалина. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Литтерра, 2013. – 872 с.
 27. Респираторная медицина: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т.1. – 800 с.
 28. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей: Руководство. – М.: Медицина, 1988.
 29. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. – М.: Боргес, 2002.
 30. Стручков В.И. Гнойные заболевания легких и плевры. – М.: Медицина, 1967.
 31. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Хирургическая инфекция (руководство). – М.: Медицина, 1991.
 32. Стручков В.И., Недвецкая Л.М., Долина О.А., Бирюков Ю.В. Хронические нагноительные заболевания легких, осложненные кровотечением. – М.: Медицина, 1985.

33. Хирургия легких и плевры: Руководство для врачей / Под ред. И.С.Колесникова и М.И.Лыткина. – Л.: Медицина, 1988. – 384 с.
34. Хирургия легочных нагноений: Сборник научных работ / Под ред. Г.Л. Ратнера. – Куйбышев, 1976.
35. Хрупкин В.И., Гостищев В.К., Золотарев Д.В. Хирургическое лечение легочных деструкций и их осложнений // Сборник тезисов III Международного конгресса «Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии». – СПб, 2013. – С. 136-137.
36. Хрупкин В.И., Гостищев В.К., Золотарев Д.В., Дегтярева Е.В. Торакоскопические методы в комплексном лечении неспецифической эмпиемы плевры и гнойно-деструктивных заболеваний легких // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2014. - №10. – С. 15-20.
37. Черкасов В.А., Плаксин С.А., Трефилова Ю.В. Легочны и плевральные нагноения и их сочетания // Материалы II Международного конгресса «Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии». – СПб., 2012. – С. 139-140.
38. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. Пневмония. – М.: Экономика и информатика, 2002. – 480 с.
39. Чучалин А.Г. Бронхоэктазы: клинические проявления и диагностические программы // Пульмонология. – 2005. - №1. – С. 5-10.
40. Шойхет Я.Н. Лечение острого абсцесса и гангрены легкого // Пульмонология. – 2002. - №3. – С. 18-27.
41. Шойхет Я.Н., Лепилов А.В., Мотин Ю.Г. Клиническая морфология острых абсцессов и гангрены легких. – Барнаул: ИД «Алтапресс», 2012. – 118 с.
42. Штейнер М.Л., Бородулин Б.Е., Жестков А.В., Данилин А.В. Фибробронхоскопия при хронических обструктивных заболеваниях лёгких. - Самара: ИТИС, 2003.
43. Яковлев В.Н., Алексеев В.Г. Бронхологические методы диагностики и лечения в практике пульмонолога. – М., 2013. – 256 с.