

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ

Р.Г. Гаипов

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. Данное сообщение посвящено возможностям миниинвазивных хирургических вмешательств при острых абсцессах легкого.

Ключевые слова: абсцесс легкого, бронхоскопия, торакоабсцессоскопия, эндоскопическая санация.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF THE LUNG ABSCESSSES

R.G. Gaipov

*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan*

Summary. This article is devoted to the possibilities of minimally invasive surgical interventions for acute lung abscesses.

Key words: lung abscess, bronchoscopy, thoracoabssessoscopy, endoscopic sanitation.

В клинике было проведено 33 торакоабсцессоскопии и 28 бронхоскопий у 29-ти больных с абсцессом легкого. Возраст больных был от 20 до 57 лет. Среди них мужчин-18, женщин - 11. Длительность заболевания от 3 до 6 недель.

Абсолютным показанием к торакоабсцессоскопии служили острые абсцессы легких диаметром более 8 см, плохо дренировавшиеся через бронх, в которых рентгенологически определялось большое количество гнояного содержимого, внутриполостные секвестры. Клинически были выражены явления гнойной

интоксикации. Как относительное показание мы рассматривали тяжелое состояние больных, при котором радикальное оперативное вмешательство было чрезвычайно опасно из-за низких показателей функциональных резервов организма больного.

У 10-ти больных абсцесс локализовался глубоко в толще ткани легкого, поэтому торакоабсцессоскопия проведена через 3 дня после создания канала по Манальди, а у 19-ти больных абсцесс примыкал к грудной клетке и им торакоабсцессоскопия была произведена сразу.

Торакоабсцессоскопия позволяет

ставить показания к различным методам лечения.

Манипуляции под контролем оптики во время торакоабсцессоскопии (удаление секвестров, пережигание спаек и бронхиальных свищей, коагуляция кровоточащих сосудов, лазерная и ультразвуковая обработка, взятие биопсии и т.д.) позволяют эффективно санировать полость абсцесса. После санации определяли состояние стенки абсцесса, размеры и форму полости, величину и наличие дренирующего бронха, наличие секвестров и связи их с деструкцией в легком. По этим признакам отличали гангренозный абсцесс от гнойного. Для точного определения формы абсцесса проводили дифференциально-диагностическое сопоставление.

Размеры острых гнойных абсцессов (у 17 больных) были меньшими по сравнению с гангренозными (у 12-ти больных), острые гнойные абсцессы не выходят за пределы одной доли. Гнойная капсула более плотная, меньше перифокальное воспаление, более быстро и легко эти абсцессы поддаются лечению. Эндоскопическая картина острых гнойных абсцессов представлена в виде полостей с более ровными стенками, местами с гнойным налетом, с горизонтальным уровнем жидкости бело-зеленого цвета, кроме того встречается наличие мелких крошковидных секвестров. Крупные секвестры не были обнаружены. Обычно в полости абсцесса открываются множественные разнокалиберные

бронхиальные свищи.

При гангренозном абсцессе (у 12 больных) размеры полости значительно больше, с выраженным перифокальным воспалением, без четкой демаркации, с уровнем жидкости и, как правило, в полости видны различной величины секвестры. Гангренозные абсцессы протекали весьма сложно, с выраженной интоксикацией и выделением большого количества гнилостной мокрота, кровохарканьем и дыхательной недостаточностью.

Эндоскопическая картина при гангренозном абсцессе представлена в виде полости с резко деформированными стенками, с напластованиями грязно-бурых некротических масс с обрывками тромбированных сосудов. Были обнаружены различной величины, фиксированные и свободно лежащие, некротические секвестры.

В лечении абсцесса использовались бронхологическая санация и «малая легочная хирургия» на фоне массивной антибактериальной терапии.

После санации, удаление секвестров проводили ультразвуковой или лазерной обработкой полости абсцесса. Для ультразвуковой санации использовали аппарат УРСК-7Н-22, торакоскопическая лазерная фотокоагуляция выполнялась неодимовым АИГ-лазером «Радуга-1», мощность излучения 40-50 Вт.

У больных с функционирующими бронхиальными свищами эндоскопическую санацию проводили после окклюзии долевых или

сегментарных бронхов.

Полость абсцесса заполняли антисептическим раствором в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия и выполняли ультразвуковую кавитацию в течение 2-х минут. Бронхиальные свищи коагулировали сфокусированным излучением неодимового АИГ-лазера. У больных с небольшими бронхиальными свищами после эндоскопической санации и коагуляции отмечалась герметизация полости абсцесса.

Под контролем торакоскопа после завершения санации в полости абсцесса устанавливали полихлорвиниловый катетер, а через гильзу троакара вводили резиновый дренаж. Полихлорвиниловый катетер использовали для ежедневных облучений полости абсцесса низкоэнергетическим лазером мощностью 2 мВт. Излучение передавалось посредством лазерного, световода. После эндоскопической санации отмечено резкое уменьшение количества отделяемого из полости абсцесса, а также уменьшился размер абсцесса.

Торакоабсцессоскопия четырех больным острым гангренозным абсцессом произведена повторно через канал дренажа по поводу ригидной остаточной полости, что

позволило диагностировать переход абсцесса в хроническую стадию. Этим больным своевременно произведено оперативное лечение.

Осложнения, связанные с бронхоскопией, торакоабсцессоскопией и манипуляциями во время ее проведения, из 33 исследований отмечены лишь у одного больного (пневмоторакс и подкожная эмфизема).

Вышеуказанные лечебные эндоскопические манипуляции в комплексе с активной санацией полости абсцесса, антибактериальной, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией позволили добиться выздоровления, либо значительного улучшения без операции у 26-ти из 29-ти больных, что составило 89,7%; 7 (24,1%) больных были выписаны с ложными сухими кистами на месте абсцесса легкого. Уменьшилось также и количество хронических форм заболевания.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что торакоабсцессоскопия, бронхолегочная санация в комплексном лечении имеет ряд существенных преимуществ по сравнению с традиционным дренированием и помогает в большинстве случаев улучшить результаты лечения.