

Міністерство охорони здоров'я України

Асоціація хірургів України

Кримський медичний університет

ім. С.І. Георгієвського

Дніпропетровська державна медична академ

**ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ
ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ**

**ТРУДИ ТА ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

26-27 квітня 2005 р.

**Сімеїз-Кривий Ріг
2005**

В.В. Макаров
**ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИКА «ДЕКАСАНА»
В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ ЛЁГКИХ.**
Харьковский государственный медицинский университет.

Гнойно-воспалительные заболевания легких являются актуальной проблемой торакальной хирургии. Распространенность неспецифических заболеваний лёгких и плевры, связанные с ними потеря трудоспособности, инвалидность, смертность занимают 3 – 4 место среди других заболеваний, а по величине экономических затрат по расчётам зарубежных авторов, в ближайшем будущем опередят болезни сердечно – сосудистой системы и злокачественные новообразования [3, 6, 8].

Повсеместный рост количества острых гнойных деструктивных заболеваний лёгких и, прежде всего абсцессов и гангрены лёгкого, многие авторы связывают с широким распространением антибиотикорезистентной микрофлоры и аллергизацией населения [4, 7].

Согласно данным отечественной и зарубежной литературы острые абсцессы легких наиболее часто встречаются у пациентов в сроки наибольшей трудовой активности в возрасте от 20 до 60 лет [3,4,8].

Неудовлетворительными остаются результаты лечения больных с острыми абсцессами лёгких. При применении консервативных методов (современная антибактериальная терапия, бронхоскопические санации, пункционное лечение и др.) отмечается снижение летальности с 30 – 40% до 14,8 – 15,6%, однако, не уменьшилось количество случаев хронизации процесса [3, 5, 6]. Несмотря на постоянное совершенствование оперативных методик, анестезиологического и реанимационного обеспечения, послеоперационная летальность при данной патологии остаётся высокой и колеблется от 40 до 70% [3, 8].

В последние годы появились сообщения о применении методов малой хирургии в лечении острых абсцессов легких - трансторакального дренирования, микротрахеостомии и др. Данные методики способствуют улучшению результатов лечения, снижению осложнений, сокращению сроков лечения, но вопрос выбора эффективного антисептика для местной санации полости острых абсцессов остаётся нерешённым окончательно [3,6].

В последнее время в литературных источниках появились данные о возможности использования для местной санации при гнойно-воспалительных заболеваниях отечественного антисептика декасана. Экспериментальные исследования показали, что данный антисептик обладает выраженным бактерицидным действием в отношении грамположительной, грамотрицательной и анаэробной микрофлоры. Также отмечено его фунгицидное, вирусоцидное, спороцидное действие [1,2]. При экспериментальных исследованиях и в клинической практике отмечен противосполительный эффект декасана, механизм которого объясняется угнетением продукции серотонина клетками и уменьшением экссудации. Отмечено также десенсибилизирующее и спазмолитическое действие данного препарата [1]. Положительным свойством декасана является его способность повышать чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. В присутствии суббактериостатических доз декасана усиливается действие канамицина, эритромицина, гентамицина, пенициллина, тетрациклина [1]. Данные литературы свидетельствуют об эффективном ингаляционном применении декасана при острых пневмониях, а так же в местной терапии абсцессов, карбункулов, флегмон мягких тканей [1, 2]. Появились сообщения об использовании декасана в неотложной хирургии органов брюшной полости с целью местного лечения абсцессов и флегмон брюшной полости и забрюшинного пространства, особенно гнойно-септических процессов панкреатогенной этиологии [2]. В доступной литературе сообщений о местном применении декасана в лечении острых гнойно-воспалительных заболеваний лёгких и плевры встречено не было.

Целью данного исследования был анализ эффективности местного применения декасана у больных с острыми абсцессами легких.

Материалы и методы исследования.

Данное исследование базируется на анализе результатов лечения 32 больных с острыми единичными абсцессами лёгких, которые находились на

лечения в торакальном отделении Института общей и неотложной хирургии АМН Украины с 1990 по 2004 гг.

Основную группу составили 12 пациентов с острыми «блокированными» абсцессами лёгкого (которые не дренировались в бронхи) расположенными периферически. В их лечении на фоне традиционных методов использовали трансторакальное дренирование полости абсцесса с местной её санацией 0,02% раствором декасана. У 7 использовались и ингаляции с декасаном.

В контрольную группу вошли 20 идентичных пациентов, которым проводилась традиционная терапия.

В основной группе мужчин было 8, а женщин – 4. В контрольной – 17 мужчин и 3 женщины. Возраст наблюдаемых пациентов основной и контрольной групп существенно не отличался и находился в пределах от 23 до 58 лет. Наши наблюдения, учитывающие половую принадлежность (преимущественно мужчины) и возрастные характеристики совпадают с данными литературы.

Клиническая картина заболевания у 10 пациентов основной группы и у 14 контрольной сопровождалась выраженной интоксикацией. Все больные предъявляли жалобы на повышение температуры, одышку, кашель с выделением мокроты (в основной группе незначительного количества). У 9 пациентов основной группы и 17 контрольной отмечались боли в грудной клетке на стороне поражения.

Рентгенологически у 3 пациентов основной группы и у 7 – контрольной полость абсцесса была в пределах от 3 до 5 см диаметре. Диаметр полости 6 см наблюдался у 7 больных основной группы 12 контрольной. Размеры полости острого абсцесса 7 – 8 см в диаметре встретились у 2 пациентов основной и у 1 контрольной групп.

У 32 больных было выполнено 88 посевов содержимого полости острого абсцесса лёгкого, полученного при пункции либо трансторакальном дренировании, выделено 126 штаммов микроорганизмов общепринятыми методиками. Согласно полученным результатам исследования, отмечается превалирование грамотрицательной микрофлоры – 52,7% микробного спектра, грамположительная микрофлора составила 29,6%, роста микрофлоры не выявлено в 19,6% наблюдениях.

Среди грамотрицательной микрофлоры преобладали *E. Coli* – 16,5%, *Proteus species* – 10%. Среди грамположительной микрофлоры преобладал золотистый стафилококк – 24,5% наблюдений. Отмечается увеличение количества микробных ассоциаций до 45% в этиологии острого абсцесса лёгкого, монокультура составила – 55% выделенных микроорганизмов. Грибы рода *Candida* присутствовали в 23,6%.

Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам, при выделении монокультур, наибольшая чувствительность микроорганизмов отмечалась к цефалоспорином III – IV поколения, аминогликозидам III поколения и фторхинолонам III поколения. При определении чувствительности к антибактериальным препаратам микробных ассоциаций отмечалось, что большинство антибиотиков, подавляя рост

одних микроорганизмов, оказываются малоэффективными по отношению к другим. Полученные результаты микробиологического исследования ещё раз подчеркивают актуальность местной санации полости острого абсцесса лёгкого эффективным антисептиком. Декасан же оказывал бактерицидное и фунгицидное действие на штаммы микроорганизмов, что были выделенные в основной группе.

Общая консервативная терапия в обеих группах включала антибактериальную терапию согласно чувствительности микрофлоры, десенсебилизирующие, дезинтоксикационные, противовоспалительные, симптоматические средства, инфузии белковых, солевых, энергетических растворов, при необходимости - кровезаменителей, ингаляции.

У больных основной группы 0,02% раствор декасана вводили в полость абсцесса по дренажу, а 7 учитывая степень воспалительных изменений трахеобронхиального дерева, применяли декасан и ингаляционно.

Трансторакальное дренирование начинали с многоосевой рентгеноскопии органов грудной клетки, во время которой определялись размеры абсцесса, топография, глубина расположения. Производили пункцию полости острого абсцесса. Критерием нахождения иглы в полости было поступление гнойного отделяемого. Трансторакальное дренирование выполняли либо под местной, либо под внутривенной анестезией. Выбор метода обезболивания обуславливала локализация полости абсцесса и общее состояние пациента.

Промывания осуществляли раствором декасана несколько раз до «чистых промывных вод» ежедневно. После достижения «чистых промывных вод» в полость заполняли на $\frac{2}{3}$ (ориентируясь на вводимое количество раствора при промывании) 0,02% раствором декасана и делали экспозицию 1 час, перекрывая дренаж. Заполнение $\frac{2}{3}$ полости раствором на время экспозиции было достаточным для санации полости и исключало подтекание его вне дренажа, что в свою очередь не создавало угрозы инфицирования грудной стенки. В случаях возникновения чувства распирания у пациента в проекции полости абсцесса - дренаж открывали.

У пациентов контрольной группы начинались лечебные мероприятия с пункции острого абсцесса лёгкого, которая выполнялась 2 – 3 раза в неделю под рентгенконтролем. С целью санации полости абсцесса в данной группе использовался фурациллин или растворимые антибиотики согласно чувствительности. Однако, были отмечены случаи, когда при наличии микробных ассоциаций чувствительность к растворимому антибиотику, которым промывалась полость не была отмечена у всех микроорганизмов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Нормализация температуры была достигнута в основной группе на 10 - 12 сутки лечения, а в контрольной на 16 – 18 сутки. К моменту выписки у 8 пациентов основной группы полость острого абсцесса лёгкого полностью облитерировала. 3 пациентов были выписаны с небольшой сухой остаточной полостью. Хронизации процесса при проведении предложенной методики лечения острых абсцессов лёгких в наших наблюдениях отмечено не было.

Осложнений со стороны предложенной методики мы не отмечали. Умер один больной основной группы, причиной смерти была острая сердечно - легочная недостаточность, развившаяся на фоне интоксикации. Сложность лечения данного пациента была обусловлена тем, что у него имелась аллергическая реакция на ряд антибиотиков, к которым была чувствительна микрофлора. Отмечались трудности в подборе адекватной антибактериальной терапии.

У 10 пациентов контрольной группы отмечалась полная облитерация полости. Двое больных контрольной группы были выписаны с небольшой сухой остаточной полостью. У одного больного на фоне многочисленных пункций отмечался пневмоторакс - больной был оперирован. Троем больным, на фоне не адекватной терапии, была выполнена лобэктомия – двое умерли в послеоперационном периоде. У четверых пациентов был отмечен переход процесса в хроническую фазу процесса.

Сроки излечения больных основной группы составили $38^{+} - 4$ суток, контрольной $-54, 2^{+} - 5,6$ суток.

Выводы:

1. В комплексном лечении острых абсцессов лёгкого может использоваться 0,02% раствор декасана в качестве внутривидового антисептика.

2. Сочетание трансторакального дренирования с местным применением декасана при периферических острых абсцессах лёгких позволяет снизить летальность, избежать хронизации процесса и уменьшить койко-день на 16 суток у данной категории больных.

Литература:

1. Ковальчук В.П., Гуменюк М.І., Бікміров В.В. Желіба М. Д., Сафронов К.М. Результати експериментального і клінічного дослідження ефективності антисептичного препарату декасану // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2002. - № 2. – С. 292 – 294.

2. Коновалов Е.П., Терлецкий В.Н., Пляцок Н.И и соавт. Использование антисептика декасана в практике неотложной хирургии // Клінічна хірургія. – 2004. - № 9. – С. 18 – 20.

3. Мезенцев Максим Юрьевич. Методы локальной санации в хирургии острых и хронических нагноений легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Перм. гос. мед. акад. - Пермь, 2000. - 28 с.

4. Митюк И.И., Попов В.И. Абсцессы легких. – Винница.: Науч. мед. литература, 1994. – 211 с.

5. Acar J.F. Actualite des Infections abacteries anaerobles// Rev. Prat. (Pans).- 1997. – Т. 27. – Р. 95.

6. Bartlett J.G. Anaerobic bacterial infections of the lung and pleural space // Clin. Infect. Dis. – 2001. – № 16 – Suppl 4. – P. 248-255.

7. Fataar S. Radiologically controlled drainage of pleural and pulmonary collections // Australas. Radiol. – 2000. – № 2. – P. 111-116.

8. Refaely Y., Weissber D. Gangrene of the lang: treatment in two stages // Ann. Thorac. Surg. – 1997.- Vol. 64, № 4. – P. 970 – 973.