

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І.ПИРОГОВА



АБДУЛХАКІМ МАХ'ЮБ МОХАММЕД АЛЬ КАМАЛІ

УДК: 616-002.3:616-002.4:616.24-002.3:
616.24:616.25-002:616-06:616-059

**ГНІЙНІ І ГАНГРЕНОЗНІ АБСЦЕСИ ЛЕГЕНЬ З ПЛЕВРАЛЬНИМИ
УСКЛАДНЕННЯМИ І ЇХ КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ**

14.01.03 - хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Вінниця – 2010

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І.Пирогова МОЗ України

Науковий керівник: Лауреат державної премії України, доктор медичних наук, професор **Мітюк Іван Ілліч**, Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України, професор кафедри хірургії № 1.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Іфтодій Андріян Григорович**, Буковинський державний медичний університет МОЗ України, проректор з лікувальної роботи, завідувач кафедри хірургії та урології;
- Лауреат премії АМН України, доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Калабуха Ігор Анатолійович**, Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, завідувач відділення торакальної хірургії.

Захист відбудеться «_____»_____2010 року 12⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І.Пирогова МОЗ України (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова МОЗ України (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

Автореферат розісланий «_____»_____ 2010 року.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
д.мед.н., професор



С.Д.Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Проблема своєчасної діагностики та лікування гострих абсцесів і гангрен легень залишається актуальною і далеко не вирішеною (Гатауллин Н.Г., 2000; Путов Н.В., 2000; Гостищев В.К., 2001; Перельман М. И., 2001; Schiza S. et al. 2006). Відзначається ріст захворюваності на гострі абсцеси і гангрен легень серед населення працездатного віку, і немає тенденції до зменшення (Бисенков Л.М., 2003; Григорьев Е.Г., 2003; Weissberg D., Refaely Y., 1997) Незважаючи на впровадження нових методів консервативного та оперативного лікування із застосуванням антибактеріальних, дезінтоксикаційних і імунотропних засобів, відзначається зростання ускладнень (кровотеча, емпієма плеври, піопневмоторакс, сепсис і бронхіальні нориці) до 50-60% і летальності до 20-30% (Колесников І.С. та ін., 1983; Вагнер Е.А. та ін., 1987; Мітюк І.І., Попов В.І., 1994; Widermann H.P, Rice T.W., 1995; Bartlett J., 2005; Adhisivam V., 2006).

До теперішнього часу серед хірургів немає єдиної думки про лікування хворих з абсцесами і гангрен легень. Більшість хірургів вважають, що основним методом лікування гнійних захворювань легень є застосування антибіотиків і антисептиків широкого спектру дії, використовуючи внутрішньовенний, внутрішньом'язовий і трахеобронхіальні шляхи введення. Сучасним напрямком оперативних втручань при гнійних процесах легень є ендобронхіальні і мініінвазивні втручання. Терміни радикального хірургічного лікування легеневої нагноєнь залежать від ліквідації гострих запальних явищ, інфільтрації легеневої тканини, санації трахеобронхіального дерева, ефективності проведеної антибактеріальної терапії. Накопичений досвід показує, що проведення радикальної операції в гострому періоді в умовах гнійного панбронхіту, поширеної запальної інфільтрації легеневої тканини, на тлі вираженої ендогенної інтоксикації, дихальної, а нерідко поліорганної недостатності, такі втручання часто ускладнюються неспроможністю бронхіальної куки і важкими плевральними нагноєннями, ерозивними кровотечами, прогресуванням запального процесу в легенях і нерідко у більшості хворих з гангреною закінчуються летально (Мітюк І.І., Попов В.І., 1994; Вагнер Е.А. та ін., 1996; Пристайко Я.Й. та ін., 2000; Григор'єв Є.Т. та ін., 2003; Радіонов Б.В., Калабуха І.А., 2009).

Лікування гангренозний процесу в легенях з плевральним нагноєнням неможливе без адекватної елімінації гнійно-некротичних мас із порожнини деструкції. Більшість авторів вважають, що для видалення гнійно-некротичних мас необхідно максимально відновити евакуаторну функцію дреноючого бронха і ефективно використовувати черезшкірні дреноючі і сануючі втручання: закрити торакоабсцесотомію (Пристайко Я.І., 2000; Іфтодій А.Г., 2004; Муконін

А.А. та ін., 2005; Moreira J. da S. et al., 2006) або відкрити пневмоабсцесотомію з некректомією (Цибусова Т.Н., 2006; Павлов Ю.В. та ін., 2009; Uzuner N. et al., 2003) Автори підкреслюють, що виконання дренажних операцій можливе у дуже важких пацієнтів з низькими функціональними резервами. Проблема зовнішнього дренажу внутрішньолегевих некротичних порожнин тісно пов'язана з питаннями вибору способів їх санації і регіонарної терапії. Рекомендується широкий спектр використання різних антисептиків, антибіотиків і ферментів. Поряд з цим, недостатньо вивчені можливості регіонарного використання сучасних антибіотиків широкого спектру дії з імуномодуляторами для лікування гнійних захворювань легень і плеври, що і послужило поштовхом до більш глибокого вивчення можливості їх використання для санації і лікування гнійно-деструктивних захворювань легень та плеври. З урахуванням існуючих проблем в роботі проведено більш поглиблене вивчення доцільності застосування сучасних антибіотиків з імуномодуляторами в комбінації з антисептиками при лікуванні гнійних захворювань легень і плеври .

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана в рамках НДР кафедри хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету "Розробка нових та удосконалення відомих методів діагностики, лікування хірургічних захворювань і пошкоджень органів черевної та грудної порожнини», номер державної реєстрації 0109V003771. Робота запланована на проблемній комісії РПК, протокол № 312 від 13.03.2008 р.

Мета: підвищити ефективність комплексного консервативного лікування хворих з гострими гнійними деструктивними захворюваннями легень шляхом застосування сучасних антибіотиків з імуномодуляторами.

Для досягнення поставленої мети передбачено вирішення наступних **завдань:**

1. Вивчити частоту етіологічних чинників виникнення гострих абсцесів і гангрен легень з урахуванням їх мікрофлори.
2. Встановити особливості клінічного перебігу і функціональних зрушень у хворих з цією патологією.
3. Вивчити ефективність застосування імуномодулятора «Прімавір» в поєднанні з сучасними антибіотиками в комплексному лікуванні гострих гнійних захворювань легень.
4. Провести порівняльну оцінку консервативних методів лікування гострих абсцесів і гангрен легень з урахуванням різних способів введення антибіотиків.
5. Обґрунтувати показання та протипоказання до оперативного лікування абсцесів легень.

6. Вивчити гістологічні і цитологічні зміни при абсцесах легень з урахуванням оборотності гнійного запального процесу.

7. На підставі отриманих даних дати оцінку комплексного лікування абсцесу легень в світлі безпосередніх результатів .

Об'єкт дослідження: гострі гнійні деструктивні захворювання легень і плеври.

Предмет дослідження: абсцес, гангрена легень, емпієма плеври, легеневі кровотечі, лікування та їх результати.

Методи дослідження: Для досягнення поставленої мети в роботі були використані загальноклінічні, лабораторні, біохімічні, гістологічні, імунологічні , рентгенологічні, торакоскопичний, бронхоскопічний, математичні та статистичні методи дослідження

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше в клінічних умовах застосований новий метод комплексного консервативного лікування гнійних деструктивних захворювання легень з використанням сучасних антибіотиків разом з імуномодулятором «Прімавір».

Проведено порівняльну оцінку комплексного консервативного лікування гострих гнійних деструктивних захворювання легень сучасними антибіотиками разом з імуномодулятором «Прімавір» з традиційними методами консервативної терапії.

Ефективність запропонованої комплексної консервативної терапії підтверджена позитивною динамікою цитологічного дослідження бронхіальних і плевральних змивів, зниженням частоти ускладнення і скороченням середньої тривалості лікування.

Практичне значення роботи і впровадження в практику. Проведені дослідження показали, що ступінь ендогенної інтоксикації організму при гострих гнійних деструктивних захворювання легень і їх ускладненнях та летальність залежать від термінів і методів лікування гострих гнійних деструктивних захворювання легень.

Аналіз отриманих даних дозволить розробити нову тактику комплексного консервативного лікування хворих з гострими гнійними деструктивними захворюваннями легень. Отримані результати є науковою підставою до практичного застосування.

Впровадження результатів дослідження дасть змогу: зменшити явища ендогенної інтоксикації, знизити частоту плевральних ускладнень, зменшити частоту оперативних втручань, знизити частоту летальності хворих з гострими гнійними деструктивними захворюваннями легень і скоротити середню тривалість лікування. Розроблена тактика ведення хворих з гострими гнійними деструктивними захворюваннями легень використовується в вінницьких міських

лікарнях № 1, № 2 № 3, в торакальному і пульмонологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом самостійно проаналізована наукова література і патентна інформація, що стосується проблем лікування гострих гнійних деструктивних захворювань легень і впливу імунного фактору на патогенез їх розвитку.

Автор разом з керівником розробив і впровадив у клінічну практику комплексну методику консервативної терапії гострих гнійних деструктивних захворювання легень із застосуванням сучасних антибіотиків разом з імуномодулятором «Прімавір», а також вивчив зрушення клітинного та гуморального імунітету у хворих з цією патологією.

Дисертантом виконана дослідна частина роботи, проведена статистична обробка й аналіз отриманих результатів, написані всі розділи дисертації, сформульовані висновки та практичні рекомендації. Здобувач запровадив наукові положення і практичні рекомендації роботи в практику загальнохірургічного і спеціалізованого торакального відділення, а також у навчальний процес кафедри хірургії № 1 та клінічної фармакології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

У публікаціях результатів дослідження в наукових виданнях з участю співавторів дисертанту належить основна частина внеску.

Апробація роботи. Матеріали дисертаційної роботи доповідалися та обговорювалися на: клінічних конференціях Вінницького обласного науково-практичного товариства хірургів (2007, 2008, 2009), конференції молодих вчених Вінницького національного медичного університету (Вінниця, 2008, 2009), Всеукраїнській хірургічній конференції «Іноваційні технології в хірургії» (IV скліфосовськи читання) (Полтава, 2008), науково-практичній конференції «Шпитальні інфекції: сучасний стан проблеми» (Харків, 2008).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 5 статей, у спеціалізованих виданнях, рекомендованих ВАК України.

Структура та об'єм роботи. Дисертація викладена на 178 сторінках машинопису й складається зі вступу, огляду літератури, характеристики власних спостережень і методів дослідження, результатів власних досліджень, аналізу та обговорення результатів, практичних рекомендацій, висновків. Список використаної літератури містить 158 вітчизняних та 83 іноземних джерел. Робота ілюстрована 19 таблицями та 30 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження

Дана робота ґрунтується на клініко-рентгенологічному, морфологічному, функціональному і лабораторному дослідженнях 255 хворих з гострими гнійними, гангренозними абсцесами і гангреною легень, яких лікували в клініці кафедри хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі торакального відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова з 2004 по 2009 року (табл. 1) : з 2004 по 2006 контрольна група, а з 2007 по 2009 основна група.

Таблиця 1

Розподіл хворих на гострі абсцесами і гангреною легенів по виду захворювання

Види нагноєння	Кількість хворих			У % по відношенню до загальної кількості хворих
	Основна група	Контрольна група	Разом	
Поодинокі гнійні абсцеси	102 (78,5%)	89 (71,2%)	191	74,9%
Множинні гнійні абсцеси	19 (14,6%)	25 (20%)	44	17,2%
Гангренозні абсцеси	6 (4,6%)	6 (4,6%)	12	4,7%
Обмежена гангрена легені	2 (1,5%)	3 (2,4%)	5	2%
Поширена гангрена легені	-	1 (0,8%)	1	0,4%
Двобічні гнійні і гангренозних абсцеси легенів	1 (0,8%)	1 (0,8%)	2	0,8%
ВСЬОГО:	130 (100%)	125 (100%)	255	100%

З таблиці 1 видно, що серед обстежених переважали хворі з поодинокими гнійними абсцесами - 74,9%, множинні абсцеси складали 17,2%, гангренозні - 4,7%, обмежена гангрена легень - 2%, поширена гангрена легені - 0,4% і двостороннє ураження легень - 0,8%. Питома вага гангренозний уражень легенів становила 7,8%, поодинокі абсцеси в основній групі склали 78,5%, в контроль-

ній 71,2%, множинні гнійні абсцесів відповідно - 14,6 і 20%, кількість двосторонніх гангренозний абсцеси в обох групах була низькою і перебувало в межах 0,8%. Природно, повністю віддиференціювати і виділити гангренозний процес, особливо за наявності множинних абсцесів легень, надзвичайно важко, тому ми до гангренозного ураження легень відносили лише класичні випадки.

Було відзначено, що абсцеси переважно зустрічали у чоловіків (84,7 %) і порівняно рідше у жінок (15,3 %). Ці дані пояснюються більш шкідливими умовами праці чоловіків, зловживанням алкоголем, курінням і т.д., а що стосується вікового складу хворих, то частіше хворіли люди у віці від 30 до 70 років, особливо в цій групі захворювали особи у віці від 41 до 60 років.

Крім того, у частини хворих процес був поширеним, вражав всю частку або легеню і іноді носив двосторонній характер. Це свідчить про важкий контингент спостережуваних нами хворих і велику поширеність гнійного процесу. Дуже важливо звернути увагу на зв'язок професії з виникненням абсцесу легені, тому що в основному абсцесом легень частіше хворіють особи фізичної праці.

Серед обстежених 91 (70 %) хворих зловживали алкоголем і курили в основній групі і 100 (80 %) у контрольній. У 53 % випадків знаходили перенесені супутні захворювання: у хворих абсцесами легень із загального числа спостережуваних нами хворих (255) вони були виявлені у 135. Всі ці захворювання ми поділити на групи, виділивши при цьому хвороби органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення, обміну речовин, захворювання крові, інфекційні хвороби, хвороби нирок, травми грудної клітини. У групі хворих з гострими множинними абсцесами легенів супутні і перенесені захворювання були у 30 (11,8 %) осіб, з них у 16 (53,3 %) спостерігалися хвороби органів дихання, причому переважали хронічний бронхіт і пневмонія, у 7 (23,3 %) - хвороби органів травлення, у 5 (16,7 %) перенесені інфекційні захворювання і у 2 (6,7 %) хворих- інші. У групі хворих з гострими поодинокими абсцесами у 100 (39,2 %) чоловік були супутні і перенесені захворювання, з них у 40 (40%) спостерігалися захворювання органів дихання ((гострий бронхіт і пневмонія у 18 (45 %), хронічний бронхіт і пневмонія - у 12 (30 %) емфізема легенів - у 4 (10 %) бронхіальна астма і плеврити - у 4 (10%), - у 2 (5 %) пухлини легень та ін)), у 14 (14%) , - хвороби органів травлення, у 19 (19 %) перенесені інфекційні захворювання, у 10 (10%) - хвороби нирок, у 10 (10 %) травми грудної клітки, у 7 (7%) - хвороби серцево-судинної системи.

В інших групах (у хворих з гангренозний ураженнями легень) також відзначалися перенесені та супутні захворювання, які в переважній більшості випадків були: хвороби органів дихання, в окремих випадках мали місце органи травлення, інфекційні хвороби та хвороби нирок. Розглядаючи терміни надходження хворих з гострими абсцесами легень в клініку, слід зазначити, що в

строки до одного тижня в клініку надійшли 66 хворих (25,8%). У них абсцес сформувався або в амбулаторних умовах або в терапевтичному відділенні. Це в основному були хворі, які проживають у місті. Через два тижні після початку утворення абсцесу в клініку поступило 82 (32,2%) особи, через три тижні - 30 (11,8%) потім ця цифра залишається досить високою, а через шість тижнів від початку захворювання в клініку надійшло 34 (13,3%) хворих. Слід зазначити, що терміни надходження хворих в основній групі пізніше 3 тижнів склали 16,1% в контрольній групі 7,2%. Це пояснюється тим, що хворі останнім часом займалися самолікуванням.

Такі пізні терміни госпіталізації хворих з абсцесами легень свідчать про несвоєчасну діагностику цього захворювання, про тривале і далеко неефективне лікування їх у терапевтичних відділеннях. Стертість клінічної картини, пізні терміни діагностики та госпіталізації хворих у спеціалізованих відділеннях створюють всі умови для переходу гострих абсцесів у хронічні.

Наші спостереження вказують на те, що за останні роки все частіше зустрічаються більш важкі форми гнійних захворювань, які нерідко ускладнюються піопневмотораксом (у 7 хворих), емпіємою плеври (у 6 хворих). Подібне явище можна пояснити дуже високою вірулентністю мікробної флори, що викликає нагноєння, а також неефективними початковими методами консервативної терапії. Іншими грізними ускладненнями абсцесів легень є кровохаркання і кровотеча, що спостерігалися у 55 хворих в обох групах (21,5%). Найчастіше вони виникали у хворих з обмеженою гангrenoю легені. Гангрена легені у більшості хворих розвивалася на тлі аспірації, з попаданням інфікованого вмісту в бронхи з повною закупоркою їх, що призводило до втрати свідомості. На фоні ослабленого організму і несприятливих факторів (алкоголізм) розвивався важкий запальний процес, що часто ускладнювався кровотечею.

Наскільки часто зустрічалися у спостережуваних нами хворих з гострими абсцесами і гангrenoю легені зазначені клінічні симптоми в перші дні надходження в клініку, видно з таблиці 2. Як показують дані, наведені в таблиці 2 найбільш частими клінічними симптомами у хворих були кашель з виділенням гнійного мокротиння, температурна реакція, а також нічні поти і загальна слабкість. Такий симптом, як біль у грудях, спостерігався у 56,8% хворих.

Комітетом з біоетики ВНМУ ім. М.І. Пирогова встановлено, що дана наукове дослідження не суперечить основним біоетичним нормам (протокол №17 від 19.11.2009 р.)

Частота спостережуваних клінічних симптомів у хворих з гострими абсцесами і гангреною легенів в перші дні надходження в клініку

Назва симптомів	Частота прояву симптомів			
	В абсолютних цифрах			У % по відношенню до загальної кількості хворих
	Основна група	Контрольна група	Всі	
Гнійне мокротиння	74 (57%)	90 (72%)	164	64,3%
Кашель	120 (92,3%)	120 (96%)	240	94,1%
Температура, озноб	93 (71,5%)	84 (67,2%)	177	69,4%
Задишка	39 (30%)	37 (29,6)	76	29,8%
Біль у грудях	78 (60%)	67 (53,6%)	145	56,8%
Нічні поти, загальна слабкість	80 (61,5%)	86 (68,8%)	166	65%
Кровохаркання, кровотеча	22 (17%)	33 (26,4%)	55	21,6%

Результати проведених досліджень та лікування хворих

Імунологічні дослідження проводили на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова та кафедри фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Вивчали показники клітинного та гуморального імунітету (вродженого і набутого).

Зміна показників імунного статусу хворих з гнійними абсцесами легенів при проведенні лікування прімавіром показані в таблиці 3.

Зіставляючи показники клітинного та гуморального імунітету у здорових людей і у хворих гнійними захворюваннями легень та плеври відзначали видиме зниження імунного захисту у хворих з гострими гнійно-деструктивними захворюваннями легень. У хворих, яким проводили антибактеріальну терапію із імуномодулятором «Прімавір», зазначалося підвищення показників клітинного та гуморального імунітету: вроджений фагоцитарний показник у хворих на гострі гнійно-деструктивні захворювання легень до лікування становив 31,5%, після проведеного лікування він збільшився майже в 2 рази і склав 68%, фагоцитарний індекс до лікування склав 7,0 а після проведення лікування склав 14,0.

У той же час слід зазначити, що спонтанні нейтрофіли мали деяке зниження з 9% до 8,5%, стимульовані нейтрофіли після прийому імуномодулятора «Прімавір» збільшилися на 5% та склали 22%. Індекс стимуляції у хворих на

гострі гнійно-деструктивні захворювання легень до і після лікування залишався без змін і відповідно становив 2,8 і 2,9%.

Таблиця 3

Зміна показників імунного статусу хворих з гнійними абсцесами легенів при проведенні лікування прімавіром

Показники	До лікування		Норма		Після лікування	
			У %	Абс., г/л		
Фагоцитарний показник	31,5%		50,0+-80,0		68,0%	
Фагоцитарний індекс	7,0				14,0	
НСТ спонтанний	9,0		5-12		8,5%	
НСТ стимульований	17,0		20-40		22,0%	
Індекс стимуляцією	2,8				2,9	
Лейкоцити	14,0				10,0	
лімфоцити	17,5%	2,0	18-40	0,72-3,20	25,5%	2,73
CD3	24,5%	0,48	50-75	0,36-2,40	52,5%	1,43
CD4	14,0%	0,27	30-45	0,22-1,44	29,5%	0,8
CD8	9,0%	0,18	18-35	0,13-1,12	23,0%	0,62
CD22	15,0%	0,46	15-30	0,11-0,96	17,0%	0,66
Імунорегуляторний індекс CD4/CD8	1,53				1,31	
ІМЛ з ФГА	0,9				0,54	
IgA	2,6г/л				2,37г/л	
IgM	1,43г/л				1,52г/л	
IgG	12,1г/л				12,44г/л	
Цік	58 ус.ед				до 54 ус.ед	

У хворих з гострими гнійно-деструктивними захворюваннями легень відзначалася підвищення лейкоцитів до 14×10^9 / л. Після проведеного лікування антибіотиками разом з імуномодулятором «Прімавір» стан хворих покращився і відзначалося відповідно зниження кількості лейкоцитів до $10,0 \times 10^9$ / л. Більшість авторів відзначають зміну вродженого клітинного імунітету при легневих гнійних деструкціях, відзначається зниження абсолютного і відносного чи-

сла Т лімфоцитів та їх функціональної активності. Показники гуморального імунітету та неспецифічного захисту трактуються не однозначно. При вивченні зміни лімфоцитів (Т-лімфоцити, Т-хелпери, Т-супресори і В-лімфоцити) у хворих на гострі гнійно-деструктивні захворювання легень до лікування відзначали, що у хворих знижена кількість лімфоцитів до 17,5%, з них Т-лімфоцити склали 24,5%, Т-хелпери 14%, Т-супресори 9% і В-лімфоцити 15%. Після проведеної антибактеріальної терапії з імуномодулятором «Прімавір» відзначали значне збільшення числа лімфоцитів на 8% і склало 25,5%, з них Т-лімфоцити на 28% і склало 52,5%, Т-хелпери на 15,5% і склало 29,5% , зазначалося також значне збільшення Т-супресорів на 14% і склало 23%. У той же час відзначали незначне збільшення В-лімфоцитів на 2% до 17%. Імунорегуляторний індекс, який вказує на активність лімфоцитарною реакції, залишався на низьких показниках і склав 1,31, що свідчить про позитивний вплив «Прімавір» на кількісні показники фагоцитозу (збільшення кількості фагоцитів). Інгібіція міграції лімфоцитів з фітогемоглютініном також знизилося від 0,9 до 0,54, що свідчить про покращення функціональної активності Т-лімфоцитів. Мало місце підвищення показників гуморального імунітету у хворих з гострими гнійно-деструктивними захворюваннями легень після проведеного лікування із застосуванням імуномодулятора «Прімавір» але на цьому тлі відзначали зниження Ig А на 0,23 до 2,37 г / л, IgМ підвищився на 0,9 г / л і склав 1,52 г / л, IgG підвищився на 0,34 г / л і склав 12,44 г / л, що свідчить про покращення гуморального набутого імунітету. Циркуючі імунні комплекси (ЦК) у хворих з гострими гнійно-деструктивними захворюваннями легень після проведеного лікування антибіотиками і імуномодулятором «Прімавір» знизилися на 12,4 і становили 45,6 О.Е, що свідчить про зменшення аутоагресії. Середня тривалість лікування хворих з гострими гнійно-деструктивними захворюваннями легень склала 18,2 ліжко-дня при застосуванні антибактеріальної терапії з імуномодулятором «Прімавір». Таким чином, проведений аналіз зміни клітинного та гуморального (вродженого і набутого) імунітету у хворих з гострими гнійно-деструктивними захворюваннями легень показав його значне зниження, але із застосуванням антибактеріальної терапії разом з імуномодулятором показники імунного захисту підвищилися, стан хворих покращився, спостерігалось зниження кількості ускладнень, що відбилось на середній тривалості лікування хворих, що склала 18,2 ліжко дня.

У хворих на гострі гнійно-деструктивні процеси використовувався комплекс заходів лікування гострих абсцесів і гангрен легень, що включав антибактеріальну терапію шляхом застосування різних способів уведення в організм антибіотиків, забезпечення дренажної функції бронхів з метою максимальної евакуації гною з абсцесу з наступним ендобронхіальним введенням антибіотиків, антисептиків, протеолітичних ферментів і бронхолитиків, евакуацію гною з

плевральної порожнини з паралельним розправленням легені, коригуючу терапію порушених функцій органів і систем організму й симптоматичне лікування. В основній групі додатково виористувалося призначення іуномодулятора «Примавіра» за розробленою в клініці методикою.

Фібробронхоскопія застосовувалася у всіх хворих. 18 пацієнтам виконувалася катетеризація бронхів, у 11 пацієнтів виконувалося трансторакальне дренивання абсцесу, 6 хворим виконувалася інфузія медикаментозних засобів у легеневу артерію. Дренивання плевральної порожнини виконувалося 13 хворим. Потреба у виконанні резекцій легені в основній групі виникла у 11 хворих. Дані про виконані операції представлені в таблиці 4.

Таблиця 4

Характеристика резекції легень у хворих основної групи

Вид абсцесу	Загальна кількість хворих	Вид операції				Результат				
		Пневмонектомія	Лобектомія	Комбінована резекція	Декортикація	Видужання	Поліпшення	Без змін	Погіршення	Летальний випадок
Одиночний гнійний	3	-	1	1	1	3	-	-	-	-
Множинний гнійний	4	-	2	1	1	2	1	-	-	1
Гангренозний	2	-	1	1	-	2	-	-	-	-
Обмежена гангрена	2	-	2	-	-	1	-	-	-	1
Усього:	11	-	6	3	2	8	1	-	-	2
%	100		54,5	27,3	18,2	72,7	9,1			18,2

З даних таблиць 5 та 6 видно, що в групі хворих з поодинокими гнійними абсцесами легких повне і клінічне одужання отримано у 88,2% хворих основної групи і 78,5% в контрольній групі. Перехід абсцесу в хронічну форму спостерігався у 3 хворих (2,9%) основної групи та у 7 хворих (7,9%) у контрольній групі.

З наших хворих був оперований у гострому періоді 1 хворий (1%) з гострим гнійним абсцесом, в контрольній 2 хворих (2,3%). У групі хворих з множинними абсцесами повне і клінічне одужання отримано у 14 хворих з 19, що

складає 73,6%, в контрольній групі у 18 хворих (72%). Перехід в хронічну форму був у 2 хворих (10,5%) і відповідно у 3 хворих (12%) в контрольній групі, В основній групі хворих з множинними абсцесами летальність склала 5,3% (помер 1 хворий), який надійшов після 5 тижнів від початку захворювання в клініку у важкому стані з ураженням всієї легені у поєднанні з піопнемотораксом.

Таблиця 5

Дані безпосередніх результатів консервативної терапії гострих абсцесів (основна група)

Вид абсцесу	Вихід	Загальна кількість хворих	Повне одужання	Клінічне одужання	Поліпшення	Без змін	Погіршення	Смерть	Перехід абсцеса в хронічну форму			Прооперовано в гострим періоді
									Всього	З них		
										Не опер.	Опер.	
Поодинокі гнійні		102	74	16	5	2	1	-	3	1	2	1
У %		78,5	72,5	15,7	4,9	2	1	-	2,9	0,98	2	1
Множинні гнійні		19	6	8	1	-	-	1	2	-	2	2
У %		14,6	31,5	42,1	5,3	-	-	5,3	10,5	-	10,5	10,6
Гангренозні абсцеси		6	1	2	1	-	-	-	1	-	1	1
У %		4,6	16,7	33,2	16,7	-	-	-	16,7	-	16,7	16,7
Обмежена гангрена		2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
У %		1,5	-	-	-	-	-	50,0	-	-	-	100
Поширена гангрена		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
У %		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Двобічні гнійні і гангренозних		1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
У %		0,8	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього:		130	82	26	7	2	1	2	6	1	5	6
У %		100	63,1	20	5,4	1,5	0,8	1,5	4,6	0,8	3,9	4,6

В контрольній групі померло 2 хворих з множинними абсцесами (8%). Серед хворих з гангренезними абсцесами повне і клінічне одужання відзначалося у 3 хворих (50%) та у 3 хворих (50%) в контрольній групі. Поліпшення - в одного хворого (16,4%) в основній групі.

Таблиця 6

**Дані безпосередніх результатів консервативної терапії гострих абсцесів
(контрольна група)**

Вихід Вид абсцесу	Загальна кількість хворих	Повне одужання	Клінічне одужання	Поліпшення	Без змін	Погіршення	Смерть	Перехід абсцесу в хронічну форму			Прооперовано в гострим періоді
								Всього	З них		
									Не опер.	Опер.	
Поодинокі гнійні	89	59	11	5	3	2	-	7	2	5	2
У %	71,2	66,2	12,3	5,6	3,4	2,3	-	7,9	2,3	5,6	2,3
Множинні гнійні	25	7	11	1	-	-	2	3	-	3	1
У %	20	28	44	4	-	-	8	12	-	12	4
Гангренезні абсцеси	6	1	2	-	-	-	-	2	-	2	1
У %	4,8	16,7	33,3	-	-	-	-	33,3	-	33,3	16,7
Обмежена гангрена	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
У %	2,4	-	-	-	-	-	33,3	-	-	-	66,7
Поширена гангрена	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
У %	0,8	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-
Двобічні гнійні і гангренезних	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
У %	0,8	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього:	125	68	24	6	3	2	4	12	2	10	6
У %	100	54,4	19,2	4,8	2,4	1,6	3,2	9,6	1,6	8	4,8

Перехід в хронічну форму спостерігався у 1 (16,7%), і у 2 хворих (33,3%) у контрольній групі. В основній групі один хворий (16,7%) був оперований в гострому періоді в результаті розвитку легеневого кровотечі, і такий же відсо-

ток (16,7%) був контрольній групі. З числа хворих з обмеженою гангреною легені помер один хворий. Він у віці 40 років поступив у важкому стані на третьому тижні захворювання з ураженням верхньої частки правої легені, піопневмотораксом і бронхіальною астмою і помер при наростаючій легенево-серцевої недостатності та персистуванні бронхіальної норичі. Один хворий був прооперований в гострому періоді в результаті легеневого кровотечі та прогресування гнійного процесу і 2 хворих (66,7%) у контрольній групі. В контрольній групі помер один хворий з поширеною гангреною. У хворих з двосторонніми гнійними і гангренозний абсцесами легень отримано повне одужання в обох групах в 100%.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні проведено теоретичне узагальнення та рішення наукової задачі, яка полягає у підвищенні ефективності комплексного консервативного лікування хворих з гострими гнійними деструктивними захворюваннями легень шляхом застосування сучасних антибіотиків з імуномодуляторами. Це завдання вирішено комплексом клінічних, лабораторних, біохімічних, цитологічних, імунологічних, торакоскопічних, математичних, статистичних методів дослідження.

1. Гострі абсцеси і гангрена легень більше, ніж у 67 % випадків, є наслідком перенесеної пневмонії і набагато рідше пов'язані з занесенням інфекції із вогнищ гнійного запалення поза легенів. В поліморфній флорі, що висіваться з мокротиння хворих на гострі абсцесами і гангреною легені, переважають стафілококи (36%) грамнегативні палички (24%), і стрептококи (5%), резистентні до більшості антибіотиків, що істотно ускладнює традиційну консервативну терапію цих захворювань.

2. Активний гнійно-запальний процес в легенях супроводжується зниженням реактивності організму і показників клітинного та гуморального імунітету. Клінічний перебіг гострих гнійних деструктивних захворювання легень характеризується вираженою ендogenous інтоксикацією, зниженням показників клітинного та гуморального імунітету.

3. Комплексне консервативне лікування хворих з гострими гнійними і гангренозний абсцесами легень сучасними антибіотиками з імуномодулятором прімавіром дає найкращі результати при одиночних гнійних абсцесах, де повне і клінічне одужання спостерігається у 88,2%. Менш сприятливі результати мають місце у хворих з множинними, гангренозний та двосторонніми абсцесами легенів.

4. Ендобронхіальне і внутрішньовенне введення сучасних антибіотиків надає високу антибактеріальну дію, зберігає дренажну функцію бронхів і є ефективним методом консервативної терапії. Регіонарне введення сучасних антибіотиків в легеневу артерію дає клінічно виражену антибактеріальну дію у вогнищі ураження. З огляду на певну складність методу та можливість серйозних ускладнень, його доцільно застосовувати лише у спеціалізованих відділеннях.

5. Показаннями до хірургічного втручання в гострому періоді легневих нагноєнь є легеневі кровотечі, відсутність ефекту від консервативної терапії протягом 3-4 тижнів, прогресування гнійного процесу, підозра на пухлину легені. Протипоказанням до радикальної операції є низькі резерви організму на тлі вираженої ендогенної інтоксикації і важких супутніх захворювань.

6. Гістологічна структура легеневої тканини при абсцесах легень характеризується порушеннями мікроциркуляції з розвитком грубих рубцевих змін і хронічних процесів у вигляді фібриноїдних некрозів, зон формування молоді сполучної тканини. Зустрічаються явні свідчення бронхоектатичної хвороби у вигляді мішковидних ектазій з метаплазією бронхіального епітелію в багатоваровий плоский та супроводжуваних їх варикозних потовщень нервів. Зазначені зміни призводять до глибоких гіпоксичні змін паренхіми легені, а прогресування запального процесу і приєднання гнійної інфекції сприяє розвитку гангрені легені, що супроводжується розпадом і секвестрацією легеневої тканини, нерідко ускладнюється кровотечами.

7. Комплексне лікування гострих абсцесів і гангрені легені з використанням сучасних методів консервативного та хірургічного лікування дозволяє отримати задовільні безпосередні результати, повне і клінічне одужання при поодиноких абсцесах (91,2%), поліпшення (4,9%) при гангренозній відповідно (83,3%) і (16,7%), і відновити працездатність даного контингенту хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Розроблена та запропонована схема комплексного консервативного лікування гострих гнійно-деструктивних захворювань легень з застосуванням сучасних антибіотиків цефалоспарінового ряду III-ого та IV-ого покоління і фторхінолонів з імуномодулятором прімавіром використовуючи внутрішньовенний, внутрішньом'язовий, інтратрахеальний і внутрішньолегеневий шляхи введення, допоможе у виборі хірургічної тактики і раціонального методу консервативного та оперативного лікування.

2. Найбільш вірогідним методом діагностики гострих гнійнодеструктивних захворювань легень є рентгенографія органів грудної клітини, комп'ютерна

томографія, бронхоскопія, з використанням гістологічного і цитологічного методів дослідження.

3. Для санації трахеобронхіального дерева доцільно проводити мікротрахеоцінтез з 3-4 кратним введенням сучасних антибіотиків, антисептиків, і протеолітичних ферментів протягом 2-3 тижнів.

4. Бронхоскопію і бронхоскопіческую санацію трахеобронхіального дерева необхідно проводити під місцевою анестезією 1% лідокаїну не менше 1 раз на тиждень з біопсією та цитологічним дослідженням мазків і змивів.

5. При емпіємі плеври проводиться пункція плевральної порожнини, з Бюллау під контролем рентгенологічного дослідження з подальшим введенням та промивання антибіотиками і антисептиками (Діоксидин, фурацилін та декасан).

6. Показанням до операції є, неефективно проведена консервативна терапія протягом 2-3 тижнів, у хворих з хронічним абсцесом, наявність плевральних ускладнень з бронхіальними фісулами, рецидивуючі легеневі кровотечі та наростання ендогенної інтоксикації. Протипоказання до радикальних операцій при гнійно-деструктивних захворюваннях легенів служать, важкі супутні захворювання (серцево-судинні патологія, тяжкі ендокринні порушення, печінково-ниркова недостатність) і старечий вік.

7. Застосування розробленої схеми консервативного комплексного лікування гнійно-деструктивних захворювання легенів з застосуванням сучасних антибіотиків і імуномодулятора прімавіра сприятиме поліпшенню перебігу захворювання, зменшення частоти ускладнень і скорочення термінів лікування.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Митюк И. И. Гнойные деструктивные заболевания легких и их лечение / И. И. Митюк, В. М. Шостак, Абдулхаким Махьюб Мохаммед Аль Камали // *Biomedical and biosocial anthropology*. – 2008. - № 11. – С. 168-171. (Автором виконано підбір матеріалу, виконано основну клінічну частину роботи, підготовлено статтю до публікації)

2. Покидько М. І. Плевральні ускладнення при гострому абсцесі і гангрені легень / М. І. Покидько, О. М. Кульчи́ковська, Абдулхакім Мах`юб Мохаммед Аль Камалі // *Вісник морфології*. – 2008. - № 14 (2). – С. 424-427. (Автором особисто зібрано матеріал, описано і узагальнено отримані результати, підготовлено матеріал до друку)

3. Митюк И. И. Хирургическая тактика при легочных кровотечениях / И. И. Митюк, В. М. Шостак, Абдулхаким Махьюб Мохаммед Аль Камали

// Внутрішня медицина. - 2008. - № 5-6(11-12). – С. 17-19. (Здобувачем особисто проведено аналіз наукової літератури, здійснено обстеження хворих, підготовлено статтю до друку)

4. Митюк И. И. Комплексне лікування хворих із гангреною легень / И. И. Митюк, В. М. Шостак, Абдулхакім Мах`юб Мохаммед Аль Камалі. // Шпитальна Хірургія. – 2008. - № 4. – С. 51-53. (Здобувачем особисто проведено аналіз наукової літератури, здійснено клінічне обстеження хворих, статистичний аналіз одержаних результатів, підготовлено статтю до друку)

5. Митюк И. И. Изменение клеточного и гуморального иммунитета у больных с острыми гнойными деструктивными заболеваниями легких при применении иммуномодулятора примавира / И. И. Митюк, В. М. Шостак, Абдулхакім Мах`юб Мохаммед Аль Камалі., О. Н. Кульчиковска // Шпитальна Хірургія. – 2009. - № 4. – С. 30-32. (Автором виконано підбір матеріалу, статистичну обробку, підготовлено статтю до публікації)

АНОТАЦІЯ

Абдулхакім Мах'юб Мохаммед Аль Камалі. Гнійні і гангренозні абсцеси легень з плевральними ускладненнями та їх комплексне лікування. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 - хірургія. - Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінниця, 2010.

Дисертаційна робота присвячена гнійним і гангренозним абсцесам легень з плевральними ускладненнями та їх комплексному лікуванню. Проведено дослідження 255 хворих з гнійними і гангренозний абсцесами легенів, що знаходилися на лікуванні в клініці госпітальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Хворі були розділені на дві групи. 1 група (основна) - 130 хворих, у яких при лікуванні застосовували імуномодулятори разом зі сучасними антибіотиками, і 2 група (контрольна) - 125 хворих, які лікувалися традиційно. У результаті дослідження були визначені імунологічні зміни, які коригувалися застосуванням імуномодуляторів, було застосовано новий метод лікування гнійних захворювання легень, який дав можливість знизити плевральні ускладнення до мінімуму і скоротив тривалість лікування.

Ключові слова: гнійні і гангренозних абсцеси легенів, імуномодулятори, комплексне лікування.

АННОТАЦИЯ

Абдулхаким Махьюб Мохаммед Аль Камали. Гнойные и гангренозные абсцессы легких с плевральными осложнениями и их комплексное лечение. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Винница, 2010.

Диссертационная работа посвящена гнойным и гангренозным абсцессам легких с плевральными осложнениями и их комплексному лечению. Проведены исследования 255 больных с гнойными и гангренозными абсцессами легких, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова. Больные были разделены на две группы. 1 группа (основная) – 130 больных, у которых применяли при лечении иммуномодуляторы вместе со современными антибиотиками, и 2 группа (контрольная) – 125 больных, которые лечились традиционно. Был изучен гендерный и возрастной состав больных, при котором наблюдалось, что абсцессы встречаются у мужчин в 6 раз чаще чем у женщин, а что касается возрастного состава больных, то чаще заболевали люди в возрасте от 30 до 70 лет и еще более часто в этой группе заболевали лица в возрасте от 41 до 60 лет. При изучении этиологии возникновения абсцессов и гангрены легкого мы наблюдали, что острые абсцессы и гангрена легкого более, чем в 67% случаев, являются следствием перенесенной пневмонии и гораздо реже связаны с занесением инфекции из очагов гнойного воспаления вне легких. В полиморфной флоре, высеваемой из мокроты больных острыми абсцессами и гангреной легкого, преобладают стафилококки (38 %) грамотрицательные палочки (26%), и стрептококки (5%), резистентные к большинству антибиотиков, что существенно затрудняет традиционную консервативную терапию этих заболеваний. Эндобронхиальное и внутривенное введение современных антибиотиков оказывает высокое антибактериальное действие, сохраняет дренажную функцию бронхов и является эффективным методом консервативной терапии. Регионарное введение современных антибиотиков в легочную артерию даёт клинически выраженное антибактериальное действие в очаге поражения. Учитывая определенную сложность метода и возможность серьезных осложнений, его целесообразно применять лишь в специализированных отделениях. Гистологическая структура легочной ткани при абсцессах легкого характеризуется нарушениями микроциркуляции с развитием грубых рубцовых изменений и образования хронических процессов в виде фибриноидных некрозов плюс зоны формирования молодой соединительной ткани. Встречаются явные свидетельства бронхоэктатической

болезни в виде мешотчатых эктазий с метаплазией бронхиального эпителия в многослойный плоский, ателектатических бронхоэктазий и сопровождающих их варикозных утолщений нервов. Указанные изменения приводят к глубоким гипоксическим изменениям паренхимы легкого, а прогрессирование воспалительного процесса и присоединение гнилостной инфекции способствует развитию гангрены легкого, сопровождающейся распадом и секвестрацией легочной ткани, нередко осложняющейся кровотечениями. В результате исследования были определены иммунологические изменения, которые корригировались применением иммуномодуляторами, был применен новый метод лечения гнойных заболеваний легких, который дал возможность снизить плевральные осложнения до минимума и сократил продолжительность лечения.

Ключевые слова: гнойные и гангренозные абсцессы легких, иммуномодуляторы, комплексное лечение.

SUMMARY

Abdulhakeem Mahyoup Mohammed AlKamali, purulent and gangrenous lung abscesses with pleural complications and their management. - Manuscript.

Thesis for obtaining the PhD degree of medical sciences in specialty 14.01.03 - surgery. - Vinnitsa National Pirogov Medical University, Vinnitsa, 2010.

The dissertation is devoted to purulent and gangrenous lung abscesses with pleural complications and their management. 255 patients were examined with purulent or gangrenous lung abscesses with pleural complications, who were treated at the hospital surgery clinic, Vinnitsa National Pirogov Medical University. Patients were divided into two groups. 1 group (main) - 130 patients who received the treatment with immunomodulators together with modern antibiotics, and Group 2 (control) - 125 patients who were treated traditionally. The study identified immunological changes that were corrected by the use of immunomodulators, apply a new method of treatment of purulent lung diseases, which made it possible to reduce the pleural complications to a minimum and reduced the duration of treatment.

Key words: purulent and gangrenous lung abscesses, immunomodulators, management.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

CD3 – Т-лімфоцити;

CD4 – Т-хелпери;

CD8 – Т-супресори;

CD22 – В-лімфоцити;

ІМЛ - інгібіція міграції лімфоцитів;

ФГА - фітогемоглютинін.

Підписано до друку 8.04.2010 р. Замовл. № 347.
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,9 Друк офсетний.
Наклад 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Пирогова, 56.

