

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

П.Н. Гребнев

*Кафедра детской хирургии (зав. — проф. М.Р. Рокицкий)
Казанского государственного медицинского университета, Детский медицинский центр
(главврач — канд. мед. наук Е.В. Карпунин) МЗ РТ*

Патология органов дыхания у детей, особенно раннего возраста, занимает одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и смертности. Полостные образования легких (ПОЛ) среди заболеваний органов дыхания наиболее сложны в дифференциально-диагностическом и тактическом отношениях. Различные по своему характеру и происхождению они встречаются в детском возрасте довольно часто, составляя от 5 до 20% от числа всех неспецифических гнойных заболеваний [1, 5].

Особого внимания требуют больные с бактериальной деструкцией легких (БДЛ), удельный вес которой в структуре всех легочных заболеваний достигает 19% [4, 6]. Редко ее прогноз усугубляется такими осложнениями, как разрыв деструктивной полости, образование пиопневмо- и пневмоторакса, эмпиема плевры, легочные кровотечения. Часто приводят к развитию хронических форм заболевания абсцессы, кисты, бронхоэктазии, деформирующий бронхит, пневмосклероз [10, 11].

С позиций выбора лечебной тактики мы дифференцируем ПОЛ неспецифической этиологии у детей на вызванные и осложненные гнойным процессом (бактериальная деструкция легких, острые и хронические абсцессы различной этиологии, нагноившиеся кисты различной этиологии — врожденные и приобретенные) и неосложненные гнойным процессом (буллы, кисты).

Проблема ПОЛ неспецифической этиологии у детей в данном сообщении ограничена нами освещением вопросов местной

санации и методов, направленных на скорейшее заращение полости в легком, которое является одной из мер профилактики хронических бронхолегочных заболеваний. При гнойных ПОЛ назначают комплексную интенсивную терапию, направленную одновременно на микроорганизмы, макроорганизм и очаг поражения, а при сухих, “чистых” ПОЛ она показана лишь при развитии осложнений.

В основу работы положены клинические наблюдения за больными с ПОЛ неспецифической этиологии (431 чел.), что составляло 14,7% от числа всех детей с хирургическими заболеваниями легких в клинике детской хирургии [2].

Основную группу составили дети раннего возраста (до 3 лет) — 322 (76,5%), причем мальчиков с поражением легких было больше — 241 (57,2%). Общая летальность составила 2,4% (показано в скобках).

Объектом “малых” хирургических вмешательств были в основном крупноочаговые ПОЛ (более 2 см в диаметре).

Радикальное хирургическое лечение перенесли 105 (24,9%) детей, из них с 1970 по 1980 г. 90 больных с одиночными ПОЛ. У 51 ребенка были осложненные кисты легких, у 34 — острые абсцессы, у 7 — осложненные буллы, у 13 — хронические абсцессы легких. У 6 больных была произведена реторакотомия по поводу осложнений. Летальность составила 5,7%.

В лечебной тактике при внутрилегочных полостях существуют различные тенденции в выборе инструментальных методов. В ос-

Распределение больных по формам ПОЛ и возрасту

Форма ПОЛ	Возраст					Всего	
	0—6 мес	7—12 мес	1—3 года	4—7 лет	8—14 лет	абс.	%
Абсцессы							
острые	20	17	157	27	23	244 (3)	58,0
хронические	—	—	6	2	6	14 (4)	3,3
Буллы	17	14	33	3	9	76	18,0
Кисты	14	3	41	10	19	87 (3)	20,7
Итого							
абс.	51 (6)	34	237 (2)	42	57 (2)	421 (10)	100
%	12,1	8,1	56,3	9,9	13,5		

новном многие авторы рекомендуют проводить динамическое наблюдение за больными с подобными ПОЛ, прибегая к хирургическому вмешательству при их осложнении или возникновении хронического бронхолегочного заболевания [3, 5, 12]. Нам представляется такая тактика не совсем оправданной. Длительное наличие полостного образования в легком, будь то остаточная полость после перенесенного абсцесса, булла или киста, является постоянным источником опасности возникновения внутрилегочного напряжения, воспаления легких, бронхита, сдавления окружающей легочной ткани, нарушения дренажной функции бронхов в результате их перегиба, отеснения, нарушения кровоснабжения в этой зоне легкого. Кроме того, со временем наступает хронизация процесса, эпителизация внутренней стенки ПОЛ эпителием, исходящим из бронхиальных свищей, открывающихся в полость. Все это требует применения комплекса мер, направленных на скорейшую санацию гнойных полостей и создание условий для их облитерации (23,4%).

В клинике разработан и применяется с 1979 г. комплексный метод лечения ПОЛ у детей, который направлен одновременно на санацию полости в легком, спадение ее за счет дренирования через грудную стенку, активной аспирации и герметизации путем временной окклюзии дренирующих бронхов. Показаниями к использованию метода являются напряженные абсцессы, буллы, кисты легких, активно функционирующий бронхиальный свищ при неэффективности дренажной терапии, солитарные кисты размерами более 2 см в диаметре (тонкостенные, периферической локализации), буллы больших размеров без тенденции к уменьшению в течение 3—4 месяцев.

Инструментарий включает набор для выполнения пункции полости в легком, набор для дренирования по Мональди, бронхоскоп, бронхоскопические щипцы, катетеры различного диаметра и поролон. Возможно использование новых инструментов для выполнения временной окклюзии бронхов, разработанных совместно с НПО “Мединструмент”: это устройство для проведения бронхиальной окклюзии, устройство для одновременной диагностики локализации бронхиальных свищей и бронхиальной окклюзии поролоновым obturatorом для закрытия просвета трубчатого органа [9—11].

Бронхоскопию осуществляют под наркозом и одновременно производят пункцию или дренирование полости в легком. Санация полости гнойника в легком ведется во встречном направлении: бронхологом — чрезбронхиальная катетеризация полости абсцесса, кисты, бужирование “заинтересо-

ванного” бронха, аспирация содержимого, хирургом — промывание внутрилегочной полости через пункционную иглу, дренаж. Одновременное встречное промывание гнойной полости в легком позволяет быстрее и эффективнее санировать полость абсцесса или нагноившейся кисты и обеспечить условия для ее спадения.

Определение дренирующего бронха достигается пробой с красителем, поисковой окклюзией, поисковой вентиляцией с использованием устройства для закрытия просвета трубчатого органа, а также на основании изучения многоосевых рентгенограмм и эндоскопической картины [8, 13, 14]. Во время этой же бронхоскопии проводят окклюзию дренирующего бронха поролоновым obturatorом (7—10 дней) с помощью бронхоскопических щипцов или разработанных устройств. Прекращение отхождения воздуха при отсасывании по пункционной игле или дренажу свидетельствует о герметизации полости в легком. Дренаж подключают к системе активной аспирации. Осуществляют рентгенологический контроль. В дальнейшем гнойную полость saniруют через дренаж, по мере очищения в нее вводят растворы спирта, йода, иодиола в количестве 1—2 мл для обжигания стенок полости и вызывания асептического воспаления. Дренаж удаляют при отсутствии отделяемого и спадении полости в легком (в среднем через 3—7 дней).

Уменьшению полости способствуют лечебно-физкультурные упражнения с положительным сопротивлением на выдохе (раздувание шаров, мячей, резиновых игрушек). Через 7—10 дней во время повторной бронхоскопии бронхоблокатор удаляют. Обычно этого срока бывает достаточно для закрытия бронхиальных свищей и облитерации стенок полостного образования в легком. При “чистых” полостных образованиях легких указанный метод используют при напряженных буллах, приобретенных или врожденных кистах вводя раздражающие вещества в полость с первого дня после дренирования. Возможно введение медицинского клея (у 3 больных) в полостное образование в легком через дренаж при условиях спавшейся полости (для этого следует провести рентгенологический контроль) [7, 15]. Благодаря этому методу лечения можно ликвидировать полость в легком гораздо быстрее.

Описанный метод лечения использован у 127 детей. Основная группа состояла из 68 (77,1%) детей от одного года до 3 лет и 20,5% детей до одного года. Абсцессы легких были диагностированы у 71 больного, буллы — у 22 и кисты — у 34 детей. В 10 наблюдениях временная окклюзия бронхов проводилась дважды.

56 (81,2%) детей, у которых были абсцессы, были выписаны домой без ПОЛ, у 15 (18,7%) больных полость резко сократилась в объеме и самостоятельно исчезла через 2—3 месяца. Отдаленные результаты изучены у 66 детей в сроки от одного года до 19 лет: хорошие исходы — у 58 (96,7%). У 2 детей наблюдаются частые бронхиты. При бронхологическом обследовании у них обнаружены явления деформирующего бронхита.

Среди 34 детей, оперированных по поводу острых абсцессов, умерли 3 человека. Отдаленные исходы прослежены у 22 больных: у 20 (90,9%) они оказались хорошими, у 2 (9,1%) — неудовлетворительными и потребовали повторных оперативных вмешательств. У 70% больных развилась выраженная деформация грудной стенки.

Напряженные буллы легких у всех больных были ликвидированы в результате предложенных методов лечения. У 17 (77,3%) детей полости в легком при выписке отсутствовали, у 5 (22,7%) — сократились и в дальнейшем исчезли в течение 2—3 месяцев. Рецидивов возникновения полостей не наблюдалось. У всех 19 обследованных детей отдаленные сроки были хорошими. При традиционном методе лечения (динамическое наблюдение, пункция, дренирование) хорошие результаты отмечались в 73,7% наблюдений, удовлетворительные — в 5,3% и неудовлетворительные — в 21,1%. Радикально было прооперировано 7 детей.

Новый метод лечения был использован у 22 (70,6%) больных с кистами легких и привел к полной облитерации ПОЛ. У 2 детей полость сократилась и исчезла через 3—4 месяца. В 10 (29,4%) наблюдениях была произведена радикальная операция из-за неэффективности лечения.

Анализ отдаленных результатов лечения больных с кистами (75) показал, что хорошие отдаленные результаты имели место у 19 (86,4%) из 22 больных после комплексного метода лечения. У 3 (13,6%) пациентов результаты были удовлетворительными — сохранялись явления деформирующего бронхита, локального пневмосклероза, не требующих радикальной операции.

Традиционное (радикальная операция кист — у 48 больных) лечение привело к хорошим отдаленным результатам в 91,6% наблюдений, к удовлетворительным — в 8,4%.

Таким образом, можно сделать вывод о высокой эффективности разработанных методов локального воздействия на различные полости в легких. Своевременная реализация этих возможностей в клинике позволила отказаться от оперативного вмешательства

при острых абсцессах и буллах, уменьшить число травматических радикальных операций при кистах в 2,6 раза, сократить число детей с осложнениями и развитием хронических нагноительных заболеваний легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гераськин В.И., Геттадзе П.Р., Исаков А.Ю. и др. // Хирургия. — 1980. — № 6. — С. 94—96.
2. Гребнев П.Н. Клинико-патогенетическое обоснование шадящих хирургических методов лечения полостных неспецифических образований легких у детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1994.
3. Гребнев П.Н. Современные методы диагностики и лечения: Материалы региональной науч.-практ. конф. — Казань, 1993.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. — М., 1978.
5. Исаков Ю.Ф., Гераськин В.И., Степанов Э.А. Стафилококковые деструкции легких у детей. — Л., 1978.
6. Котович Л.Е. Острые гнойные заболевания органов грудной полости у детей раннего возраста. — Минск, 1979.
7. Рокицкий М.Р. Неотложная пульмонология детского возраста. — Л., 1978.
8. Рокицкий М.Р., Гребнев П.Н., Михеев С.А. // Грудная хирургия. — 1982. — № 2. — С. 55—58.
9. А.С. 1103852 СССР./Рокицкий М.Р., Гребнев П.Н., Зимица Л.И. // Бюллетень изобретения. — 1984. — № 27. — С.9.
10. Рокицкий М.Р., Гребнев П.Н., Зимица Л.И. Материалы Всесоюз. науч.-практ. конф. — М., 1986.
11. Рокицкий М.Р., Гребнев П.Н., Зимица Л.И., Тулунова Н.И. Научн. труды ВНИИМП. — М., 1986.
12. Рокицкий М.Р., Гребнев П.Н. // Хирургия. — 1988. — № 7. — С. 9—12.
13. Grebnev P., Rokitsky M. 4-th Conference of the Baltic Association of Pediatric Surgeons. — Kaunas, 1996.
14. Grebnev P., Rokitsky M. XX-th symposium of pediatric surgery. — Poznan, 1997.
15. Grebnev P., Rokitsky M. Czech congress of pediatric surgery with international participation. — Prague, 1998.

Поступила 14.01.99.

NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF CAVITARY FORMATIONS OF LUNGS IN CHILDREN

P.N. Grebnev

Summary

The problems of local sanitation of lung cavity formations of nonspecific etiology in children and the methods directed to their fast healing are considered. The results of the treatment of 421 children with single cavity formations of lungs are analyzed, and it is concluded that the effective treatment of single purulent cavities of lungs in children requires the combined use of bronchoscopic sanitation and "small" surgery methods. The developed complex treatment method of cavity formations of lungs (127 patients) makes it possible to restrict the indications to radical operations and to reduce the terms of cavity obliteration.