

## Хирургическая тактика при легочных кровотечениях

И.И. Митюк, В.М. Шостак, Абдул Хахим Аль Камали, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Журнал «Внутренняя медицина»  
5-6(11-12) 2008 / Лікарю-практику

### Резюме

Проведен анализ хирургического лечения 400 больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких, из них с абсцессами легких — 368 (92 %), гангреней — 32 (8 %). Частота кровохарканий и легочных кровотечений при абсцессах легких составила 17,4 %, при гангрене — 37,5 %. После проведенного консервативного комплексного лечения у 348 (87 %) больных и оперативного — у 52 (13 %) выздоровление наступило у 85 (21,2 %), улучшение — у 294 (73,5 %), без изменений — 6 (1,5 %) и умерло 15 (3,7 %) пациентов.

### Ключевые слова

гнойно-деструктивные заболевания легких (абсцессы, гангрена), кровохарканье и легочные кровотечения, консервативные и оперативные методы лечения.

### Введение

Проблема лечения легочных кровотечений является актуальной и сложной в связи с тем, что в последние годы отмечается рост специфических и неспецифических гнойно-деструктивных заболеваний легких с тяжелыми осложнениями, развитием эмпиемы плевры, пиопневмоторакса, сепсиса и легочных кровотечений. Частота легочных кровотечений достигает от 7–15 до 65–70 % (А.Н. Савицкий, В.Н. Стручков; Wolfe, Simmons; В.И. Ковальчук и соавт., 1990).

Легочное кровотечение является тяжелым, иногда смертельным осложнением гнойно-деструктивных заболеваний легких. На протяжении длительного времени (50–70-е гг. XX в.) причиной легочных кровотечений был туберкулез легких. В последние 20–30 лет чаще стали развиваться легочные кровотечения у больных с неспецифическими гнойно-деструктивными заболеваниями легких (Г.Н. Лукомский, 1980; В.Н. Ковальчук и соавт., 1990; В.Н. Вечерко, 1994; М.И. Перельман, 2006).

**Цель исследования:** изучить частоту легочных кровотечений при гнойно-деструктивных заболеваниях легких (абсцессах и гангренах) и результаты консервативных и оперативных методов лечения.

### Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ хирургического лечения 400 больных с легочными кровотечениями, развившимися у больных с острыми и хроническими абсцессами и гангреней легких. Из них мужчин было 342 (85,5 %), женщин — 58 (14,5 %). Возраст больных — от 16 до 75 лет. Кровохарканье продолжительностью до 1 месяца встречалось у 205 (51,2 %) больных, от 1 до 3 месяцев — у 89 (22,2 %) больных, от 3 месяцев до 1 года — у 75 (18,8 %) больных, более 1 года — у 31 (7,8 %) больного. Удельный вес гнойно-деструктивных заболеваний у мужчин почти в 6 раз больше, чем у женщин. Наиболее часто болеют люди трудоспособного возраста.

Среди больных с деструктивными заболеваниями легких (абсцессами и гангренами) преобладают социально неустроенные люди, большинство из них страдают хроническим алкоголизмом, хроническим «бронхитом курильщиков», сахарным диабетом и рядом сопутствующих заболеваний. У большинства больных при поступлении имелась выраженная гнойная интоксикация и дыхательная недостаточность. Больные жаловались на наличие кашля с выделением гнойной мокроты, общую слабость, повышение температуры тела до 38–39 °С, боль в грудной клетке, одышку и кровохарканье. Кровохарканье — это наличие прожилок крови в мокроте или слюне, которые выделяются отдельными плевками жидкой или частично свернувшейся крови. При легочном кровотечении кровь откашливается в значительном количестве. В зависимости от количества выделенной крови различают кровотечения легкой степени — до 100 мл, средней — до 500 мл, тяжелой (или профузное кровотечение) — свыше 500 мл. Профузное легочное кровотечение представляет большую опасность для жизни и может быстро привести к смерти больного. Причинами смерти часто являются асфиксия, аспирационная пневмония и легочно-сердечная недостаточность. Диагностика гнойно-деструктивных заболеваний легких основывалась на данных клинических, лабораторных, медико-биологических исследований, на результатах полипозиционного рентгенологического исследования и бронхоскопии.

Из 400 обследованных больных у 368 (92 %) встречались абсцессы легких, у 32 (8 %) — гангрена легких. Следует отметить, что у 76 (19 %) отмечались кровохарканье и легочные кровотечения. Причем из 260 (67,3 %) больных одиночными абсцессами легких кровотечение и кровохарканье возникли у 42 (15,6 %), из 80 (20 %) больных с множественными абсцессами легких — у 19 (23,8 %), из 19 (4,7 %) больных с двусторонними абсцессами легких — у 3 (15,2 %), из 20 (15 %) больных с гангренозными абсцессами — у 5 (25 %), из 4 больных с ограниченной гангреней легких у 2 (50 %) возникло кровотечение. Из 8 больных с распространенной гангреней легких у 5 (62,5 %) возникло кровотечение.

После клинического физикального обследования больных проводилась рентгенография легких в двух проекциях, компьютерная томография, бронхоскопия. Для остановки легочного кровотечения использованы фармакологические, эндоскопические, рентгеноэндоваскулярные и хирургические методы лечения.

К фармакологическим методам относят управляемую артериальную гипотензию, которая весьма эффективна при кровотечениях из сосудов большого круга кровообращения — бронхиальных артерий. Снижение систолического артериального давления до 85–90 мм рт.ст. создает благоприятные условия для тромбирования и остановки кровотечения. С этой целью под контролем артериального давления используют один из следующих лекарственных препаратов: арфонад 0,05–0,1% на 5% растворе глюкозы в/в капельно; пентамин 5% по 0,5–1 мл в/м; нитросорбид — по 2 табл. 0,01 г под язык. При кровотечении из легочной артерии давление в ней снижают в/в введением 2,4% эуфиллина 5–10 мл на 20 мл 40% глюкозы. При всех легочных кровотечениях проводится гемостатическая терапия с применением 5% раствора аминокaproновой кислоты по 100 мл 3–4 раза в/в капельно; 10% раствора кальция

хлорида 10 мл в/в; 12,5% дицинона по 4 мл 3–4 раза в день; в/в переливания свежезамороженной плазмы по 200–300 мл; 10% альбумина 50–100 мл. При малых и средних легочных кровотечениях проведенные консервативные мероприятия позволяют остановить кровотечение у 80–90 % больных.

Эндоскопическим методом остановки легочного кровотечения является бронхоскопия с диатермокоагуляцией источника кровотечения или с окклюзией бронха, в который поступает кровь. Окклюзия бронха может быть использована при массивных легочных кровотечениях. Осуществляют окклюзию поролоновой губкой, силиконовым баллонным катетером, марлевой тампонадой. Продолжительность такой окклюзии может варьировать от 2–3 до 5–6 дней. При этом часто можно определить источник кровотечения и проводить санацию бронхов с целью профилактики аспирационной пневмонии и полноценной подготовки больных к оперативному лечению.

Операции при легочных кровотечениях могут быть экстренными, срочными, отсроченными, плановыми. Экстренные операции проводятся во время продолжающегося кровотечения и при неэффективности консервативной гемостатической терапии. Срочные операции проводятся после остановки кровотечения, а отсроченные или плановые — после остановки кровотечения, полного специального обследования и проведенной полноценной предоперационной подготовки.

Основной операцией при легочном кровотечении является резекция легкого с удалением его пораженной части и источника кровотечения. После профузного кровотечения для замещения потерянной крови и с гемостатической целью используют эритроцитарную массу и свежезамороженную плазму. Во время и после операции по поводу легочного кровотечения необходимо обязательно проводить санационную бронхоскопию, так как оставшаяся в бронхах жидкая или свернувшаяся кровь может способствовать аспирационной пневмонии. После остановки легочного кровотечения проводить антибактериальную терапию с использованием антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон, амикацин, метрогил и др.). Проведение консервативной терапии с применением гемостатических средств (антигемофильная плазма, тромбоцитарная масса, фиброген, аминокапроновая кислота, викасол, хлорид кальция, комплекс витаминов группы В и С) на фоне управляемой гипотонии является более эффективным, чем в условиях нерегулируемой гемодинамики.

Всего в клинике после проведения комплексного лечения с управляемой гипотонией оперировано в плановом порядке 52 (13 %) больных. 25 (6,2 %) больным проведены торакоабсцессотомия, торакостомия и плеврэктомия с декортикацией легкого, 12 (3%) — эндоскопические операции на бронхах с диатермокоагуляцией источника кровотечения и окклюзией бронхов поролоновой губкой; 12 (3 %) — лобэктомия, 2 (0,5 %) — сегментэктомия и 1 больному (0,2 %) — пульмонэктомия.

Средняя продолжительность лечения оперированных больных с одиночным гнойным абсцессом легких достигла 65,8 койко-дня, при множественных гнойных и гангренозных абсцессах длительность лечения составила 81,1 койко-дня.

После проведенного консервативного комплексного и оперативного лечения выздоровление наступало у 85 (21,2 %) больных, улучшение — у 294 (73,5 %), без изменений у 6 (1,5 %), 125 (31,2 %) больных временно получили II и III группу инвалидности. 15 (3,7 %) больных умерли при множественных двусторонних гангренозных абсцессах легких от выраженной гнойной интоксикации, полиорганной недостаточности и рецидивирующего легочного кровотечения.

Средняя продолжительность лечения больных при проведении консервативной комплексной терапии составляет 17,2 койко-дня.

#### **Выводы**

1. Частота легочных кровотечений при абсцессах легких составляет 17,4 %, при гангрене — 37,5 %.
2. Применение комплексной патогенетической и гемостатической терапии с управляемой гипотонией в большинстве случаев позволяет остановить легочное кровотечение или существенно уменьшить его интенсивность.
3. Неэффективность гемостатической терапии при легочных кровотечениях II и III степени и рецидивирующих кровотечениях I степени является показанием к оперативному лечению.

Инвалидность при гнойно-деструктивных заболеваниях легких, осложненных абсцессом, гангренами и легочным кровотечением, достигает значительных цифр и требует социальной защиты, трудоустройства, адекватного и своевременного лечения и реабилитации пациентов.

Учитывая высокий процент осложненных форм гнойных деструктивных заболеваний легких и низкий процент выздоровления у больных трудоспособного возраста, приводящий к инвалидизации, необходимо проводить своевременную диагностику, активную диспансеризацию, адекватную комплексную терапию с использованием современных антибактериальных и иммунокорректирующих средств и органосохраняющих оперативных вмешательств.

#### **Литература**

1. Бойцов В.Н., Рунович А.А., Грядасов Г.Л. Хирургическая тактика и результаты лечения при профузных легочных кровотечениях // *Грудная хирургия*. — 1981. — № 4. — С. 53-56.
2. Вечерко В.Н., Колкин Я.Г., Паниотов А.П., Першин Е.С. Рецидивирующие легочные кровотечения // *Клиническая хирургия*. — 1994. — № 10. — С. 6-8.
3. Ковальчук В.И., Сазонов К.Н., Платунов С.К. и др. Лечебная тактика при легочных кровотечениях // *Вестник хирургии им. Грекова*. — 1990. — № 8. — С.137-139.
4. Перельман М.Н. Легочное кровотечение // *Consillium medicum*. — 2006. — № 3. — С.88-92.
5. Wolfe J.D., Simmons D.H. HEMOPTYSIS: diagnosis and management // *West Ind. Med. J.* — 1977. — Vol. 127. — P. 383-390.