

КЛИНИЧНИ ФАКТОРИ ОПРЕДЕЛЯЩИ РЕЗУЛТАТИТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА БЕЛОДРОБНИТЕ АБСЦЕСИ

Видолов Пламен¹, Ев. Обретенев², Ил. Попхаритов²

¹Отделение Гръдна хирургия, МУ-Плевен

²Клиника Гръдна хирургия, МФ-ТУ Стара Загора

адрес: Медицински Университет, Плевен, 5800, България

email: vidolov@abv.bg

FACTORS DETERMINING CLINICAL RESULTS FOR TREATMENT OF PULMONARY ABSCESS

Vidolov Plamen¹, Ev. Obretenov², Il. Popharitov²

¹Department Thoracic Surgery, Medical University Pleven

²Clinica Thoracic Surgery, TU Stara Zagora

address: Medical University of Pleven, 5800, Bulgaria

email: vidolov@abv.bg

ABSTRACT:

Introduction: The successful treatment of lung abscesses need a combination of drugs, invasive surgical and therapeutic methods. However, mortality from lung abscesses remains significant, even with surgical treatments, ranging from 15 to 20%. Reasons for this are sought in aggravated forecast clinical factors with pulmonary and extra-pulmonary location, the size of the abscess, the microbiological characteristics of the isolated abscess cavity bacteria.

Objective: Our goal was to register and analyze clinical factors in patients with primary pulmonary abscess determining the presence of complications in the course of the disease, the therapeutic methods and the resulting health benefits.

Materials and methods: a retrospective analysis underwent a series of 49 patients treated at the Clinic of Thoracic Surgery within the five year period from 2000 to 2005. Male / female ratio was 42:7, age range from 17 to 68 years, median 49,51 (\pm 11,36).

Results: The distribution by sex is men - 44, women - 7 with age range of 17 to 68 years, median 49,51 (\pm 11,36). The number of patients in the range of 40-60 years was 33 (63.46%). The detection of lung abscess in 32 (65%) of right lung and in 17 (35%) of the left lung. A division of pulmonary shares indicated location in the lower stakes in 32 (65%) cases. Conservatively treated 4 patients (1 male and 3 females) with transthoracic drainage - 39 ill and underwent pulmonary resection - 8 (only men) bolni. Sreden stay the Clinic was 33.57 days, with a range from 8 to 80 days .

Conclusion: We conclude that lung abscess is still with severe morbidity and carries a high cost, despite appropriate antibiotic therapy and better supportive care. Patients with multiple predisposing factors - male over 50 years of age, location in the lower units have a poor clinical prognosis and require aggressive treatment.

Keywords: lung abscess treatment.

Въведение: Белодробен абсцес се дефинира като ограничена колекция от гной в интрапаренхимна кухина на белия дроб. Патогенетично той е първичен: постпневмоничен, аспирационен, хематогенен, или вторичен – гнойно възпалителен процес при предхождащо заболяване на белия дроб: карцином, киста, инфаркт. Повечето абсцеси на белия дроб (80-90%), са успешно са лекувани с антибиотици (1,3,4,6), но този консервативен подход понякога не успява. Тогава се нуждаят от активно консервативно лечение, включващо инвазивни методики за евакуация на гнойната колекция: трансторакален или трансбронхиален дренаж. Когато и това лечение не успее, се препоръчва белодробна резекция. Прогнозата е сравнително добра. Въпреки това, смъртността при белодробните

абсцеси продължава да бъде значителна, дори и с хирургично лечение, варираща от 15 до 20% (1,2,5,7). Причини за това се търсят в утежняващи прогнозата клинични фактори с белодробна и извън белодробна локализация, големината на абсцеса, микробиологичната характеристика на изолираните от абсцесната кухина бактерии.

Цел: Поставихме си за цел да регистрираме и анализираме клиничните фактори при пациенти с първичен белодробен абсцес определящи наличието на усложнения в хода на заболяването, приложените лечебни методи и получените лечебни резултати.

Материали и методи: Подложихме на ретроспективен анализ серия от 49 болни, лекувани в Клиника по Гръдна хирургия към УМБАЛ – Стара Загора в рамките на пет годишен период - от 2000 до 2005 година. Включени са пациенти с първични белодробни абсцеси, които са били диагностицирани според клиничната картина чрез: рентгенография и КАТ на гръдния кош, фибробронхоскопия, трансторакална иглена биопсия.

Медицинската документация предостави информация за възраст, пол, анамнеза с акцент върху известни предразполагащи фактори за белодробен абсцес, клиничното протичане и изход.

Материали за микробиологично индентифициране се осигуряваха чрез дистантни проби - сутрешна храчка, хемокултура, и директно от абсцесната кухина - чрез фибробронхоскопия, трансторакална аспирация, интраоперативно. Приложените лечебни методики са консервативно антибиотично лечение, трансторакален дренаж на абсцесната кухина и белодробна резекция в обем сегментектомия или лобектомия. Проведената антибиотична терапия е парантерално, интравенозно или интрамускулно, двойна комбинация – цефалоспорин I или II генерация и аминогликозид или тройна комбинация – цефалоспорин, аминогликозид и флажил. При необходимите условия се допълва с локално инсталиране в БА на аминогликозид (Amikacin).

Регистрирани усложнения от страна на белодробния абсцес в хода на заболяването са плеврален емпием, пиопневмоторакс, бронхоплеврална фистула, кръвохрак, аспирационни огнища на здрав бял дроб. За лечебен успех се приема липсата на симптоми за сепсис, резорбция на абсцесната кухина или перзистирание на малка „суха” кухина до 2-3 см без експекторация и клинични данни за инфекция.

Резултати: Разпределението по пол е мъже – 44; жени - 7, с възрастов интервал от 17 до 68 години, средна 49,51 (\pm 11,36). Броят на пациентите в интервала 40-60 години е 33 (63,46%). Локализацията на белодробния абсцес е в 32(65%) случая на десен бял дроб и в 17(35%) случая на левия бял дроб. А разпределението по белодробни дялове посочва локализация в долните дялове при 32(65%) случая. Консервативно са лекувани 4 болни(1 мъж и 3 жени); чрез трансторакален дренаж – 39 болни и претърпели белодробна резекция – 8(само мъже) болни. От изолираните бактериални причинители преобладават аеробните – при 45 болни, от тях Грам(+) – 31, Грам(-) – 14; при 8 болни са изолирани анаеробни, съответно Грам(+) – 4 и Грам(-) – 4; микробна асоциация се намира при 7 болни, от тях преобладава комбинацията Грам(+) аероб с Грам(-) аероб – 5 болни. Антибиотичната терапия, като двойна комбинация е проведена при 14 болни, тройна - при 35. След получаването на резултата от микробиологичното изследване или неповлияването на клиничната картина на сепсис при 14 болни антибиотичната терапия е променена, като в комбинацията цефалоспорина се замества с III или IV генерация. След КАТ на гръден кош на направените скенограми с измерена големина на абсцесната кухина до 5 см са при 25 болни, с големина от 5 до 7 см при 16 болни и над 7 см при 7 болни. С придружаващо усложнение са 7 болни, от тях с плеврален емпием – 5(3 с пиопневмоторакс) болни, аспирационни огнища на контралатералния здрав бял дроб – 1 и починал – 1(2,04%) болен. Приложените

лечебни методи са консервативно при 3 болни, трансторакален дренаж при 38 и белодробна резекция е осъществена на 8 болни. С остатъчна кухина на белия дроб без симптоми на инфекция са изписани 4 болни. Среден престой на лечение в клиниката е 33,57 дни, с интервал от 8 до 80 дни.

	пол		възраст		патогенеза	
	Ж	М	под 50г	над 50г	ПП ¹	ПА ²
белодробна резекция - 8	-	8	2	6	8	-
усложнения на БА – 7	1	6	4	3	4	3
остатъчна кухина - 4	1	3	1	3	3	1

ПП¹- постпневмоничен; ПП²- постаспирационен

Таблица1: Представени са връзката между демографските показатели, патогенезата и лечебните резултати.

От анализа на резултати представени на таблица №1 се установява връзка между показанията за хирургично лечение, усложнената клинична картина и лошите лечебни резултати с мъжкия пол, възраст над 50 години и неадекватното лекуване на предхождащата развитието на белодробен абсцес бронхопневмония.

	белодробна локализация на абсцеса		размери на абсцесната кухина		
	долнодялов	горнодялов	до 5 см	от 5 до 7 см	над 7 см
белодробна резекция - 8	5	3	4	1	3
усложнения на БА – 7	7	-	2	4	1
остатъчна кухина - 4	4	-	-	2	2

Таблица 2: Показана е връзката между локализацията и размера на абсцесната кухина, и лечебните резултати.

От анализа на резултати представени на таблица №2 се установява връзка между показанията за хирургично лечение, усложнената клинична картина и лошите лечебни резултати с локализацията на белодробния абсцес в долните дялове на белия дроб.

Обсъждане: Белодробния абсцес продължава да бъде сериозна причина за заболяемост и с висока разход на лечение при среден престой от 25 дни (3,4,5). По литературни данни има от 15 до 20% смъртност, свързана с белодробна абсцес (2, 6, 7). В представената от нас серия болни смъртност е 2,04 %. а средният престой е дълъг – 33,33 дни, което отразява тежката заболяемост и необходимостта от продължително антибиотично лечение в комбинация заради смесения характер на микробиологичната находка.

В представената тук литературна справка не се обсъждат демографските данни на пациентите да определят клиничното протичане и лечебните резултати, каквато ние намираме. Мъжкия пол и възрастта над 50 год. съответстват на усложнено протичане на белодробния абсцес и по честите индикации за оперативно лечение.

Голямо значение се предава на по-големия размер на кухината като лош прогностичен знак (3). Измерихме големината на абсцесната кухина на скенограми. Пациентите, имали по-голям напречен размер на абсцесите не са с по-лоши клинични резултати, отколкото пациентите с по-малки размери – под 5 см. Тук трябва да се обсъжда не само размера на кухината, но и параабсцесната реакция на белодробния паренхим водеща до необратими пневмофиброзни промени. Авторите намират статистически значима корелация с диаметърът на абсцеса и периода на хоспитализация (3). Повечето от абсцеси са ограничени в долните десен и ляв белодробни лобове (3,4,5), което се потвърждава и в нашата серия. Пак там се съобщава, че абсцесите, разположени в по-ниските дялове са значително по-големи от абсцесите, разположени в горната част на листа и от там корелацията на локализацията с по-лоша клинична прогноза и необходимост от оперативно лечение.

Ние стигаме до извода, че белодробния абсцес все още е с тежка заболеваемост и носи високи разходи, въпреки подходящата антибиотична терапия и по-добри поддържащи грижи. Пациентите с няколко предразполагащи фактори – мъжки пол, възраст над 50 год., локализация в долните дялове имат по-лоша клинична прогноза и се нуждаят от агресивно лечение.

Книгопис:

1. Chen C, Huang W, Chen T, Hung T, Liu H. Massive necrotizing pneumonia with pulmonary gangrene *Ann Thorac Surg* 2009;87:310-311.
2. Davis B, Systrom DM. Lung abscess: pathogenesis, diagnosis and treatment. *Curr Clin Topics Infect Dis* 1998; 18: 252–73.
3. Hirshberg B, Sklair- Levi M, Nir- Paz R, Ben- Sira L, Krivoruk V, Kramer MR. Factors predicting mortality of patients with lung abscess. *Chest* 1999; 115: 746–50.
4. M. Schweigert, A. Dubecz, R. J. Stadlhuber, and H. J. Stein Modern History of Surgical Management of Lung Abscess: From Harold Neuhof to Current Concepts, *Ann. Thorac. Surg.*, December 1, 2011; 92(6): 2293 - 2297.
5. O'Connor JV, Narayan M, Joshi M, Kumar A, Sethi M, Scalea T. Ruptured lung abscess as an etiology of post-traumatic empyema. Presented at CHEST 2008, Philadelphia PA. *Chest* 2008;134:7902S.
6. Philpott NJ, Woodhead MA, Wilson AG, Millard FJC. Lung abscess: a neglected cause of life threatening haemoptysis. *Thorax* 1993; 48: 674–5.
7. Rafaely Y, Weissberg D. Gangrene of the lung: treatment in two stages *Ann Thorac Surg* 1997;64:970-973.