

БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Пилецкий А.М., Бобров О.Е., Кузнецова Л.В., Гришило П.В., Бучнев В.И., Шерметинский И.Н., Марков К.В.

Городская клиническая больница № 8, г. Киев

Актуальность проблемы обусловлена тем, что с 1982 по 1997 гг. заболеваемость хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) увеличилась на 42%, что привело к тому, что около 4,0-6,2% населения Украины поражено таким видом патологии (Ю.И.Фещенко, 1997). Примерно у 10% больных ХОЗЛ возникает необходимость в хирургическом вмешательстве на органах брюшной полости (В.А. Пыцкий и соавт. 1991, Т.Н. Биличенко 1992), однако, неразработанность многих вопросов диагностической и лечебной тактики приводит к тому, что операции у таких больных выполняются, как правило, только по жизненным показаниям, что сопровождается высоким уровнем осложнений и летальности.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 173 больных в возрасте от 27 до 70 лет на фоне ХОЗЛ.

Это стало возможным благодаря созданию научно-практического центра хирургических проблем бронхиальной астмы и аллергии на базе многопрофильной клинической больницы № 8 г. Киева.

Накопленный опыт позволил нам выделить некоторые принципиально важные стандарты качества обследования, диагностики и лечения с хирургическими заболеваниями на фоне ХОЗЛ.

Первостепенное значение для выбора оптимальной лечебной тактики имеет определение степени тяжести течения бронхиальной астмы (нетяжелая, умеренно выраженная, тяжелая). В зависимости от этого планировалось базисное лечение в дооперационном периоде, во время операции и после нее.

Таблица 1

Базисное лечение больных бронхиальной астмой при хирургическом вмешательстве

До операции	Во время операции	После операции
Нетяжелое течение бронхиальной астмы		
Агонисты короткого и длительного действия (серевент, комбивент)		Агонисты короткого и длительного действия (серевент, комбивент)
Умеренно выраженное течение бронхиальной астмы		
=дипроспан 1,0 в/м =десаметазон 10 мг в/м =беклофорт (ингакорт, фликсотид)	Возможно применение с помощью набулайзера ингаляционных стероидов (беклофорт, фликсотид)	=дексаметазон 4-8 мг в/в =беклофорт (ингакорт, фликсотид)
Тяжелое течение бронхиальной астмы		
Желательно перевести больного в состояние ремиссии, если это не удается то за 2-3 дня до операции: =дипроспан 1,0 в/м =гидрокортизон 250-300 мг в/в капельно =дексаметазон 12-15 мг в/в струйно	во время операции обязательно применение с помощью набулайзера ингаляционных стероидов (беклофорт, фликсотид)	=гидрокортизон 250-300 мг в/в =дексаметазон 12-16 мг в/в струйно

При проведении интенсивной предоперационной подготовки в течение 4-8 часов особое значение придавали коррекции правосторонней сердечной недостаточности, назначали бронхолитики и кортикостероиды (как правило, системные препараты типа гидрокортизона и преднизолона). Из медикаментозных препаратов полностью исключали антибиотики группы пенициллинов, нитрофурановые препараты, витамины группы В, а также препараты, на которые указывал больной при сборе аллергологического анамнеза.

После операции проводили продленную ИВЛ продолжительностью не менее 5-8 часов, а по показаниям и более, до полного восстановления способности продуктивного кашля, неизбежно угнетаемой при наркозе.

Лечение после операции заключалось в продолжении применения кортикостероидов (вначале системных

с постепенным переводом на пролонгированные), санации бронхиального дерева, использования бронхолитиков, антибиотиков при обязательной адекватной анальгезии.

Использование описанных стандартов позволило у 169 больных добиться гладкого послеоперационного течения. Осложнения развились только у 4 больных (ларингоспазм у 3 больных, астматический статус у одного больного). Летальных исходов не наблюдали.

Следовательно, лечение больных с общехирургической патологией на фоне ХОЗЛ целесообразно проводить в специализированных центрах, создание которых позволит улучшить результаты лечения такой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биличенко Т.Н. Распространенность хронического бронхита и других респираторных нарушений среди взрослого населения, их диагностическое и прогностическое значение.//Автореф. дисс...к.м.н., М.,- 1992,- 19 с.
2. Пыцкий В.И.,Адрианова Н.В.,Артомасова А.В. Аллергические заболевания. М., "Медицина",-1991,-С.35-48.
3. Фещенко Ю.І. Хронічні обструктивні захворювання легень //Український пульмонологічний журнал,- 1997,-№ 2,- С.5-9.

РЕЗЮМЕ

БАЗИСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

Пілецький А.М., Бобров О.Є., Кузнєцова Л.В., Грішило П.В., Бучнєв В.І., Шерметинський І.Н., Марков К.В.

У створеному науково-практичному центрі хірургічних проблем бронхіальної астми і алергії накопичено досвід хірургічного лікування 173 хворих. В статті викладені деякі принципово важливі стандарти якості обстеження, діагностики та лікування з хірургічними захворюваннями на фоні хронічних обструктивних захворювань легень.

SUMMARY

BASIS TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES IN SURGICAL PATIENTS

A.M. Piletsky, O.E. Bobrov, L.V. Kuznietsova, P.V. Grishylo, V.I. Buchniev, I.N. Shermetinsky, K.V. Markov

In a created scientific-practical centre of surgical problems of bronchial asthma and allergy an experience of surgical treatment of 173 patients was collected. In the article some fundamental standards of the quality of the examination, diagnostics and treatment with surgical diseases on the background of chronic obstructive lung diseases are presented.