

## КОГДА ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО НУЖНО ПЕРЕДАТЬ В РУКИ ХИРУРГА?

К. мед. н. Э.М. ХОДОШ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Показана эффективность относительно простых и безопасных консервативных методов лечения острого абсцесса легкого. На основании проведенного клинико-экономического анализа обоснована необходимость лечения больных с данной патологией в специализированных пульмонологических отделениях.**

Официальная точка зрения по поводу оперативного дренирования острых абсцессов легких господствовавшая в медицинских кругах прошлого, не подтвердилась мировым опытом клиник. На сегодня наиболее эффективными признаны консервативные методы лечения, включающие антибиотикотерапию, дренирование полости абсцесса методом торакоцентеза, микротрахеостомия, бронхоскопия и др. Данные методы относительно просты и безопасны, но требуют некоторого опыта и определенных навыков. В то же время они не получили еще достаточного распространения в большинстве пульмонологических отделений.

Абсцесс и гангрена легких относятся к так называемым пограничным заболеваниям, лечением которых издавна занимаются и терапевты, и хирурги. Соответственно и методы лечения делятся на две группы — консервативные и оперативные. В настоящее время конкуренция между консервативными и оперативными методами не имеет клинического смысла, и принципиально правильно говорить о системе лечения больных с абсцессами легких с использованием по показаниям и в разумной последовательности сочетания различных методов. Более того, уже давно достигнуто согласие по вопросам оптимального срока хирургического лечения нагноений легких. Считается установленным, что острые абсцессы подлежат консервативному ведению и только отсутствие успеха в течение 6–12 нед или резкое ухудшение состояния больного дает основание передать его в руки хирурга. Этот срок с небольшими колебаниями признан всеми хирургами и терапевтами [2]. Так, F. Sauerbruch определяет срок выжидания в 5 нед [2], G. Vardet [3], С.И. Спасокукоцкий [4], Б.Э. Линберг [5] — в 6–8 нед, В.А. Шаак [6] — в 5–6 нед, С.А. Hedblom — в 6–12 нед [7]. Такая твердо установившаяся практика выжидания основывается на том общепризнанном мнении, что большая часть острых нагноений легких после самостоятельного вскрытия гнойников в бронх благополучно заканчивается при консервативном лечении или даже совсем без лечения [1, 8]. В современных работах также рекомендуется при одиночных небольших (до 5–7 см в диаметре) абсцессах госпитализировать больных в терапевтические и пульмонологические отделения многопрофильных больниц, в составе которых есть эндоскопический кабинет, где проводится бронхоскопия. Наличие последней обязательно для своевременного проведения дифференциальной диагностики и возможности санации бронхи-

ального дерева. При отсутствии эндоскопической диагностики необходима госпитализация таких больных в торакальные отделения [9].

Следует ли из этого, что проведение бронхоскопии целесообразно во всех клинических случаях острого абсцесса легкого? Отнюдь нет. Действительно, до начала широкого применения антибиотиков таким больным рекомендовалось проведение бронхоскопии с целью дренирования полости абсцесса. В настоящее время применение бронхоскопического дренажа обладает незначительным преимуществом в сравнении с проведением медикаментозной терапии неосложненного абсцесса легкого. Кроме того, проведение бронхоскопии может способствовать распространению содержимого абсцесса на интактную ткань легкого, а также увеличивать риск развития кровотечения. В то же время при абсцессе легкого, обусловленном аспирацией, или при абсцессе, развитие которого связано с obturацией дыхательных путей опухолью или инородным телом, проведение бронхоскопии является важной диагностической манипуляцией. Таким образом, тщательный отбор больных для проведения бронхоскопии увеличивает диагностическую ценность метода. Например, у курящих пациентов в возрасте старше 40 лет при отсутствии риска аспирации бронхоскопия позволяет исключить опухолевый генез obturации. Еще одним показанием для проведения бронхоскопии с целью выявления вероятной obturации дыхательных путей служит неэффективность проводимой антибактериальной терапии. Диагностическая ценность рентгенографии органов грудной клетки для верификации obturационных изменений при абсцессе легкого ограничена. Ни лимфаденопатия на стороне поражения, ни размер и толщина стенки абсцесса не являются патогномоничными симптомами наличия онкопатологии.

Между тем бронхоскопия, торакоцентез, искусственный пневмоторакс, внутрилегочное введение лекарственных средств не позволяют подразделить лечение острых абсцессов легких на хирургическое и консервативное, поскольку эти методы могут быть отнесены в ту или иную группу лишь с определенной оговоркой. Соответственно и классификации носят несколько искусственный характер и, скорее всего, необходимы для методической четкости [10].

Безусловно, проблема слишком ответственна. Хирург, по словам П.А. Герцена, может удалить все, но, к сожалению, человек этого не выдерживает. Эта формула справедлива для многих заболеваний, но

к острому абсцессу легкого, при котором нечего удалять, она не относится. Поэтому, если вышеуказанные методы лечения отнести к консервативным, эта точка зрения не должна встретить особых моральных и юридических возражений. Ведь речь идет об антибактериальной терапии, манипуляциях, называемых «малой хирургией», эндоскопических и др., т.е. методах, лишенных оперативного решения. В то же время эти методы консервативного лечения определяют нерентабельное (материальное, трудовое и финансовое) нахождение данной группы больных в торакальных отделениях.

Если говорить в целом, то абсцессы независимо от локализации представляют особую клиническую проблему, в которой нож хирурга может быть единственным методом лечения. Однако, как упоминалось, острый абсцесс легких является исключением, потому что в большинстве случаев излечивается неоперативным путем, практически всегда дренируется через отводящий бронх, а антимикробные препараты уничтожают бактерии в окружающей воспаленной ткани. Дренирование возможно и в плевральную полость с последующим развитием пиопневмоторакса (нагноения в плевральной полости, имеющего сообщение с внешней средой), если абсцесс расположен субплеврально, что, в свою очередь, может потребовать активной санации плевральной полости методом Бюлау, а в дальнейшем, если это понадобится, видеоторакоскопического пневмолиза, временной обтурации дренирующего бронха, вплоть до реконструктивно-восстановительных операций.

При отсутствии дренирования в какое-либо из вышеуказанных анатомических образований (полость плевры или дренирующий бронх) субплеврально расположенный абсцесс необходимо санировать (дренировать) трансторакальными пункциями или наложить торакастому. Не исключено, что не дренируемый куда-либо абсцесс легких лучше вскрыть путем пневмотомии, чем пассивно ожидать неминуемой смерти больного.

Недренируемый абсцесс крайне редок и в нашей практике встретился лишь однажды. Это был больной алкоголизмом, 47 лет, у которого рентгенологически определялось крупное гомогенное округлой формы образование, занимавшее почти всю верхнюю долю правого легкого. Через сутки после поступления из-за тяжести состояния и этиологической неясности рентгенологически определяемого образования было принято решение о бронхоскопии. Во время бронхоскопии выделилось около 1 л гноя. Но было поздно, и в ближайшие сутки наступил летальный исход. Секционно подтвердился крупный (> 10 см в диаметре) абсцесс верхней доли правого легкого.

Легочные абсцессы 8–10 см в диаметре часто не поддаются только консервативному лечению, так как в их полости не достигается достаточно эффективная диффузия антибактериального препарата и продолжают вегетировать возбудители. Рефрактерны к консервативной терапии и секвестрированные, т.е. пристеночные или свободные омертвевшие участки легочной паренхимы, полностью или частично блокирующие бронхиальный дренаж. Следовательно,

размер абсцесса легкого и наличие некротических секвестров может негативно влиять на результат консервативного лечения. В то же время видимая на рентгенограмме огромная полость, единая для абсцесса и эмпиемы, может излечиваться консервативно путем пункций, абсцессоскопии, бронхоскопии, антибиотикотерапии и других неоперативных методов лечения [11].

Неэффективность терапии острого абсцесса легкого и повышение риска летального исхода обусловливается иммуносупрессией, в том числе при ВИЧ-инфекции, у пожилых больных, при длительно сохраняющихся симптомах. Наличие опухоли легкого, вызывающей обструкцию с развитием вторичного абсцесса, также является фактором неблагоприятного исхода. Риск смерти увеличивается при наличии у больного инфекции, представленной нозокомиальными патогенами.

С другой стороны, тяжелое состояние больного, чаще всего связанное с осложненным течением заболевания, рассматривается как противопоказание для оперативного лечения в связи с высоким риском. По имеющимся данным, летальность в этом случае варьирует от 9 до 30% (в зависимости от состояния пациента).

Таким образом, существенное практическое значение имеет подразделение острых абсцессов легких на неосложненные и осложненные, что во многом определяет исход заболевания и лечебно-диагностическую стратегию и тактику. В этой связи не вызывает сомнения, что наиболее частым и тяжелым осложнением инфекционных деструкций легких является пиопневмоторакс, который встречается в 9,1 – 38,5% случаев [10, 12]. Согласно [10] пиопневмоторакс был констатирован у 19,1% из 750 больных, лечившихся по поводу острых инфекционных деструкций легких. Осложнение обычно развивается на третьей неделе заболевания. При клапанном пиопневмотораксе состояние больного ухудшается более резко, что требует неотложного дренирования плевральной полости, так как может быстро наступить летальный исход. В настоящее время при пиопневмотораксе почти не наблюдается спонтанный прорыв гноя из плевральной полости через грудную стенку наружу (*empyema necessitas*). При таком течении для ликвидации пиопневмоторакса приходится применять оперативные методы лечения (селективную торакопластику и др.).

Следующим по значимости осложнением деструктивных неспецифических процессов в легких является выделение крови из дыхательных путей. Как известно, кровохарканье — симптом бронхолегочного заболевания, заключающийся в выделении мокроты с большей или меньшей примесью крови. Исходя из определения, все случаи выделения крови при кашле, будь то прожилки крови или массивное кровотечение из дыхательных путей, относятся к кровохарканью.

При остром абсцессе легкого кровохарканье встречается у 11% больных, а массивное кровотечение возникает приблизительно у 5%, для его остановки может потребоваться резекция доли легкого или эмболизация бронхиальной артерии. При нарушенной дре-

нажной функции бронха (блокированный абсцесс), несмотря на обильную деструкцию, кровохарканье может отсутствовать.

К группе высокого риска относятся больные с острым, массивным кровотечением, которые откашливают 600 мл и более крови за сутки. Летальность при массивном кровотечении составляет от 50 до 100%. Поэтому всех больных с массивным кровохарканьем необходимо помещать в учреждения, где имеется отделение торакальной (оперативной) хирургии, и как можно раньше консультироваться с хирургом. Однако массивные легочные кровотечения возникают редко (1%). Неспецифический процесс как причина массивных легочных кровотечений встречается реже, чем при туберкулезе и, может быть, даже при раке. Еще реже возникают терминальные, так называемые молниеносные легочные кровотечения при остром абсцессе легкого [13].

Как осложнение острого абсцесса легких необходимо рассматривать и распространение первично-одностороннего инфекционно-деструктивного процесса на противоположную сторону, что встречается главным образом при тяжелом течении заболевания у лиц с ослабленной иммунологической реактивностью, большими секвестрированными полостями и связано обычно с аспирацией в здоровое легкое гнойной или ихорозной мокроты. Новые очаги деструктивного пневмонита обуславливают увеличение интоксикации и прогрессирование дыхательной недостаточности. Если больной не погибает от нее в ближайшие дни, на фоне затенения возникают признаки распада (полость с горизонтальным уровнем, очаги просветления неправильной формы и т.д.).

Картина бактериемии при инфекционных деструкциях легких настолько типична, что не может считаться осложнением. Однако массивное одномоментное поступление в кровь микроорганизмов или их токсинов (особенно вызванное грамотрицательной флорой) может осложниться бактериемическим (септическим, эндотоксическим) шоком. В этих случаях крайне тяжелым, а чаще всего смертельным осложнением становится истинный сепсис, как правило, протекающий в форме септикопиемии. Гематогенная генерализация инфекции из первичного очага в легком свидетельствует о полной иммунологической декомпенсации. Вторичные очаги инфекции в виде абсцессов разного размера, нередко множественных, появляются в головном мозге, почках, перикарде, печени, реже в других органах и тканях.

Переход в так называемый острый респираторный дистресс-синдром взрослых («шоковое легкое», «влажное легкое») может стать фатальным, так как является проявлением общего поражения сосудов при бактериемическом шоке, или же наблюдаться без выраженных расстройств системного кровообращения. В основе данного осложнения лежат тяжелые нарушения микроциркуляции в участках легких, не пораженных гнойно-некротическим процессом. Внутрисосудистая агрегация форменных элементов крови, капиллярный стаз, разрушение тромбоцитов с выделением вазоактивных веществ, интерстициальный отек ведут к снижению диффузионной способности

легких, а отек мелких дыхательных путей резко нарушает альвеолярную вентиляцию, что обуславливает тяжелую гипоксемию. Кроме того, снижается податливость легочной ткани, что ведет к возрастанию работы органов дыхания.

Как оказалось, многое в понимании исхода острого абсцесса легких зависело от особенностей поведения антибиотиков при изучаемом патологическом процессе. До начала широкого использования антибактериальных препаратов лечение абсцесса легкого производилось в основном путем бронхоскопического дренирования или хирургической резекции. В настоящее время эффективность антибактериальной терапии у больных составляет 80–90%, что в большинстве случаев позволяет избежать бронхоскопического или трансторакального дренирования или резекции.

Своевременная антибактериальная терапия острого абсцесса легких настолько эффективна, что никаких сомнений относительно ее значения быть не должно. Стартовый маневр основывается на степени выраженности инфекционного процесса, обусловленного теми или иными патогенами. При выборе антибиотика в результате аспирации следует учитывать преобладание и этиологическую роль анаэробов. В исследованиях вариантов эмпирической терапии абсцесса легкого было показано преимущество терапии клиндамицином по сравнению с пенициллином, вероятно, в результате того, что частота обнаружения пенициллинорезистентных анаэробов при абсцессе легкого составляет 15–20%. В лечении инфекций, обусловленных распространением микроорганизмов из брюшной полости, в связи с высокой частотой клиндамицинрезистентных штаммов анаэробов, более эффективным было использование метронидазола. В случае аспирации монотерапия метронидазолом может оказаться недостаточной, так как препарат не активен в отношении микроаэрофильных и аэробных стрептококков, находящихся в ротовой полости [14]. Другие препараты, включая имипинем, хлорамфеникол и бета-лактамы в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (аугментин и др.), имеют хорошую активность *in vitro* в отношении анаэробов, однако клинические исследования их эффективности только начались. В большинстве случаев обоснованная стартовая эмпирическая терапия должна включать комбинацию клиндамицина и цефалоспоринов третьего поколения. Может использоваться также монотерапия имипинемом и бета-лактамами в сочетании с ингибиторами бета-лактамаз (аугментин и др.). При получении результатов микробиологического исследования антибактериальная терапия может быть изменена, однако при выборе ее следует учитывать вероятность наличия в числе возбудителей микроорганизмов, в частности анаэробов, не выявленных при посеве.

Какие же методики кроме антибактериальной терапии используются в лечении острого абсцесса легкого? Каков общий баланс сил предлагаемых методов лечения? А силы преимущественно консервативные, и кроме антибактериальной терапии выделяются следующие: уменьшение гнойно-резорбционной лихорадки; восстановление водно-электролитного и кислот-

но-щелочного равновесия; улучшение микроциркуляции, особенно в очаге воспаления, с целью лучшего доступа антибактериальных препаратов и ускорения репаративных процессов; коррекция нарушений общего иммунитета, восстановление иммунологической реактивности; лечение осложнений; обеспечение достаточного и оптимального дренажа содержимого абсцесса через бронхи.

Не умаляя достоинств всех перечисленных выше методов и не вдаваясь в подробности, следует отметить, что шансы на успех в лечении острого абсцесса легких находятся в прямой зависимости от «быстроты наносимого удара», заключающегося в дренировании абсцесса.

Используемое в общей хирургии широкое классическое вскрытие гнойного очага сегодня неприменимо для лечения острых абсцессов. Предпринимавшиеся с легкой руки И.И. Грекова (1924) пневмотомии с предварительным подшиванием пораженного легкого к грудной стенке или с попытками предварительно искусственно вызвать спаечный процесс в зоне предполагаемой пневмотомии в общем не дали положительных результатов и были оставлены [8, 12]. Поэтому для обеспечения дренирования очагов деструкции в легком применяют ряд специально разработанных неоперативных методов, например микротрахеостомию (МТС), т.е. введение на длительное время тонкого катетера через прокол шейного отдела трахеи, что позволяет осуществлять санацию бронхиального дерева и стимулировать кашель посредством капельного введения различных растворов, содержащих муколитические и антибактериальные средства. Более эффективна направленная МТС, когда с помощью бронхоскопа конец такого катетера может быть направлен в дренирующий бронх и введен в полость распада, в том числе плеврорегочных полостей (трансбронхиальное дренирование), что делает МТС значительно более эффективной. Такая манипуляция может быть выполнена и под рентгенотелевизионным контролем. Однако удержать катетер в полости распада не всегда удается, так как конец его нередко смещается и выталкивается при кашлевых движениях.

Трансбронхиальный доступ с аспирацией содержимого абсцесса через бронхоскоп осуществляется в связи с частым сужением дренирующих бронхов. В большинстве случаев катетер удаляется сразу после выполнения манипуляции, однако имеются данные о более быстром разрешении абсцесса при сохранении катетера в полости абсцесса в течение нескольких дней, что обеспечивает продолжительное удаление содержимого абсцесса.

Применяется и трансторакальное дренирование внутрилегочной полости, предложенное в 1938 г. Monaldi для санации туберкулезных каверн. Этот метод нашел применение при лечении неспецифических инфекционных деструкций легких [5]. Метод торакоцентеза с микродренированием по Monaldi используют преимущественно для лечения крупных периферических абсцессов, в том числе плеврорегочных полостей. При трансторакальном доступе катетер вводится в полость абсцесса через плевральную полость и паренхиму легкого под контролем рентгеноскопии,

компьютерной томографии или ультразвукового наблюдения. Манипуляция проводится под местной анестезией. Тонким троакаром через соответствующее межреберье пунктируют гнойник и вводят в его полость тонкую трубку, оставляемую на длительное время. Лечение состоит в ежедневном промывании полости антисептическими растворами с добавлением муколитиков и других средств. Часть промывных вод при этом аспирируется через катетер, а часть активно откашливается через дренирующий бронх, что способствует улучшению его проходимости и восстановлению естественного дренажа.

Необходимо отметить, что применение консервативных или альтернативных хирургическому (оперативному) методов лечения способствует более быстрому регрессированию симптомов воспаления и уменьшению сроков госпитализации, что позволило предложить их в качестве стартовой терапии у некоторых групп больных. Сравнительные контролируемые исследования, оценивающие эффективность различных методов лечения абсцесса легкого, не проводились. Но, отмечая меньшую вероятность распространения инфекции на интактную легочную ткань и предотвращение летальности, связанной с оперативным вмешательством, можно говорить о преимуществе проведения дренирования с использованием катетера перед оперативными методами лечения. Тут же следует отметить, что как дренирование полости абсцесса с использованием катетера, так и оперативные методы, увеличивают вероятность развития легочного кровотечения, распространения инфекции на окружающую легочную ткань или в плевральную полость и риск возникновения бронхоплевральной фистулы.

После разрешения инфекционного процесса в легочной ткани могут сохраняться полостные образования. Остаточные полости поддерживают длительное персистирование симптомов заболевания и имеют склонность к повторному бактериальному инфицированию. Риск развития вторичного нагноения увеличивается при наличии такого предрасполагающего фактора, как аспирация. Кроме того, существует вероятность колонизации полостей абсцесса грибами, в частности аспергиллами. В прилегающей к абсцессу легочной ткани часто отмечаются образование бронхоэктазов и повторные эпизоды инфекции, о чем свидетельствуют кашель (с продукцией мокроты или без нее), кровохарканье, лихорадка, а также снижение массы тела и недомогание. В случае персистирования инфекции в оставшихся полостях абсцесса должна быть рассмотрена возможность применения оперативного лечения.

Собственно речь идет уже о хроническом абсцессе легкого, который формируется при консервативном лечении у 15–20% больных, что может потребовать дальнейшей резекции той или иной части легкого (лобэктомия, сегментарная резекция, режепульмонэктомия). Полное выздоровление отмечается у 25–35% больных, клиническое (наличие «остаточной сухой полости») — у 50% леченных консервативно. Приблизительно у половины больных данной группы в дальнейшем происходит полная облитерация сухой полости, т.е. наступает полное выздоровле-

ние. Летальный исход имеет место в 3–10% случаев абсцессов, а при распространенной гангрене — до 40% и более, причем у многих больных возникают показания к неотложным оперативным вмешательствам.

Анализ имеющегося клинического опыта приводит к выводу, что использование бюджетных или частных средств, которые распределены для оперативного лечения, нерентабельно использовать на консервативные методы оказания медицинской помощи. Такой путь разрушает план стратегического распределения средств. Ведь длительность пребывания больных в торакальном или пульмонологическом стационаре при консервативном ведении острого абсцесса легкого колеблется от 1 до 2 мес, а иногда превышает 3 мес. Даже на фоне адекватного лечения лихорадка может сохраняться до 3 нед, полость — до 10–12 нед и инфильтрат — до 18–20 нед [16]. Кто и как компенсирует затраченную деятельность, не характерную для данной (оперативной) структуры и не основанную на заданной модели использования средств, например на модели групп, объединенных согласно диагнозу? Более того, использование заведомо консервативных методов лечения в оперативных отделениях тормозит внедрение и развитие различных форм оперативного вмешательства, не говоря уже о том, что нормативная база Украины регламентирует поступление больных с острым одиночным абсцессом легкого, бронхоэктатической болезнью и др. в пульмонологические отделения (приказа МЗ Украины № 191 от 26.08.83 «Продосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю»).

В заключение необходимо более подробно остановиться на показаниях к резекциям при острых абсцессах. Прежде всего не следует забывать, что такие операции (торакотомии, пневмотомии) вынужденно проводятся в период, когда защитные реакции организма угнетены, на фоне выраженной острой гнойной интоксикации. Подобные вмешательства относятся к категории «операции отчаяния», и показания к их использованию требуют уточнения. Более того, исследования, оценивающие показания для проведения хирургического лечения абсцесса легкого по сравнению с длительной антибактериальной терапией, все еще не проводились [17].

В настоящее время пневмотомия является операцией выбора при гангренозных абсцессах легких с крупными секвестрами в деструктивных полостях, а также в запущенных случаях абсцессов и гангрен, когда консервативное лечение бесперспективно, а резекции противопоказаны. Относительная простота

и безопасность, но меньшая эффективность таких дренирующих операций, технически большая сложность, травматичность и риск, но более высокая эффективность резекций и определяют трудности, с которыми сталкивается хирург, выбирая оптимальный метод оперативного лечения у каждого конкретного больного [18].

В литературе приводятся отдельные наблюдения, свидетельствующие о целесообразности резекций при осложненных массивных легочных кровотечениях, т.е. однократном легочном кровотечении III степени, одно-двукратном легочном кровотечении II степени, рецидивирующем легочном кровотечении I степени, рецидивирующем кровохарканье [19]. Однако сегодня в этих клинических ситуациях преобладают показания к эмболизации ветвей бронхиальных артерий.

Показания к резекции изредка возникают при осложнении острого абсцесса пиопневмотораксом, если значительная распространенность патологического процесса в легком и большое бронхоплевральное сообщение исключают возможность воздействия на течение заболевания консервативными методами лечения, включая дренирование плевральной полости путем торакоцентеза. Если условно отнести этот метод к операции, а не к манипуляции, то так или иначе его необходимо проводить при обструктивных нарушениях, лежащих в основе абсцесса, лихорадке и интоксикации, продолжающихся более 2 нед, при наличии кровохарканья и снижении массы тела, несмотря на проводимую антибактериальную терапию.

Автор далек от мысли, что какой-либо специалист придет в отчаяние от мысли, что он стал виновником несчастья, которое может постигнуть того или иного больного с острым абсцессом легкого из-за госпитализации его в пульмонологическое, а не торакальное отделение. Не следует сомневаться. Дренирование методом торакоцентеза (плевральные пункции, метод Monaldi), установка МТС, санационная бронхоскопия, абсцессоскопия и т.п. не требуют специального оперативного обучения, так как относительно просты и безопасны в умелых руках как торакального хирурга, так и пульмонолога. Предотвратить моральные и юридические коллизии, найти оптимальное решение в стратегическом распределении средств на лечение острых абсцессов легких, повысить профессионализм и методический уровень того или иного врача возможно лишь благодаря принятию определенных согласительных документов, регламентирующих лечебно-диагностическую тактику и стратегию при данной патологии.

#### Литература

1. Бакулев А.Н., Колесникова Р.С. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких.— М.: Медгиз, 1961.— 207 с.
2. Sauerbruch F. Die chirurgische Behandlung der Bronchiektasien.— Wien.: Klin.Wschr., 1927.— 543 S.
3. Bardet G. Le traitement medico-chirurg. Des abces du poumon //Arch. Med. Chir. Appar. Respir.— 1932.— Vol. 7.— P. 23–27.
4. Спасокукоцкий С.И. Хирургия гнойных заболеваний легких и плевры.— М; Л.: Медицина, 1938.— 176 с.
5. Линберг Б.Э. Терапевтические и хирургические формы абсцессов легких //Клин. мед.— 1949.— № 10.— С. 25.—28.
6. Шаак В.А. Хирургическое лечение абсцесса и гангрен легких // Сов. врач. газ.— 1933.— № 13–14.
7. Hedblom C.A. Patogenesis, Diagnosis and Treatment of Bronchiectasis // Surg., Gyn. A. Obst.— 1931.— № 52.— P. 106–417.
8. Амосов Н.М., Малахова А.В. Хирургическое лечение нагноительных заболеваний легких.— К.: Госмедиздат УССР, 1956.— 191 с.

9. *Сахарчук І.І., Льницький Р.І.* Інфекційні деструкції легень // Клін. пульмонолог. / За ред. І.І. Сахарчука.— К.: Книга плюс, 2003.— С. 156–171.
10. *Колесников И.С., Вихриев Б.С.* Абсцессы легких.— Л.: Медицина, 1973.— 263 с.
11. *Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Виннер М.Г.* Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания.— М.: Медицина, 1987.— 640 с.
12. Руководство по пульмонологии / Под ред. акад. АМН СССР Н.Р. Палеева.— М.: Медицина, 1989.— Т. 2.— С. 102–181.
13. *Ходош Э.М., Москаленко В.Ф., Бобейко А.Е.* Кровохарканья и легочные кровотечения.— Х.: Майдан — МОНО-АП, 2001.— 123 с.
14. *Ходош Э.М.* Очерки по клинической антибиотикотерапии: история, происхождение, природа и действие.— Х.: Майдан, 2003.— 303 с.
15. *Лесницкий Л.С.* Ранние радикальные хирургические вмешательства при гангрене легкого // Вестн. хирургии.— 1977.— № 7.— С. 140–141.
16. Терапевтический справочник Вашингтонского университета: Пер. с англ. / Под ред. М. Вудли, А. Уэлан.— М.: Практика, 1995.— 290 с.
17. *Парсонз П., Хеффнер Дж. С.* Секреты пульмонологии: Пер. с англ.— М.: МЕДпресс-информ, 2004.— 647 с.
18. Хирургия легких и плевры / Под ред. акад. АМН СССР И.С. Колесникова и проф. М.И. Лыткина.— Л.: Медицина, 1988.— 382 с.
19. *Митюк И.И., Попов В.И.* Абсцессы легких.— Винница, 1994.— 212 с.

Поступила 16.10.2004

#### WHEN SHOULD ACUTE LUNG ABSCESS BE HANDED TO THE SURGEON?

E.M. Khodosh

#### S u m m a r y

The efficacy of relatively simple and safe conservative methods of acute lung abscess treatment is shown. The data of clinicoeconomical analysis were used to substantiate the necessity of treatment of the patients with this pathology in specialized pulmonology departments.