

к изменению и характера импульсаций с него; прерывается одно из рефлекторных звеньев, участвующих в возникновении и течении сердечной астмы.

У некоторых больных нитроглицерин не снимает приступа или действие его в разные дни неодинаково. По-видимому, имеет значение неодинаковая реактивность разных больных или неодинаковая реактивность у одного и того же больного в разное время. По исследованиям С. В. Аничкова и М. Л. Беленького, действие нитроглицерина является как периферическим, так и центральным. Следовательно, эффект зависит от реакции на него не только венечных сосудов сердца.

Как средство, способствующее расширению венечных артерий, применяют эуфиллин, в особенности при повторных приступах астмы и достаточном уровне АД. По данным Б. Б. Когана и Т. В. Соколовой, эуфиллин понижает АД в системе легочной артерии; назначают его по 0,1—0,15 2—3 раза в день. Показаны также теофиллин, диафиллин и другие препараты этого рода. В периоды между приступами у некоторых больных остается несколько затрудненное дыхание и над легкими выслушиваются сухие хрипы. По-видимому, здесь имеет место функциональное сужение просвета бронхов. В этих случаях дают эфедрин внутрь по 0,2—0,25 2—3 раза в день.

Профилактика. Несколько слов о мероприятиях, предотвращающих приступ. Здесь основное значение принадлежит терапии по поводу основного заболевания. Должен быть проведен курс лечения сердечно-сосудистой системы больного, а также регулирующая нервно-психической сферы. Очень важно устранение внешних раздражений, которые могут привести к появлению приступа: травма психики, даже незначительная, неосторожно сказанное слово о больном или о его заболевании обслуживающим персоналом, неприятный разговор с соседом по палате или посетителем и т. п.

К мероприятиям профилактическим можно отнести и лекарственную терапию. С успехом применяют средства, успокаивающие нервную систему (препараты брома, валерианы, элениум, триоксазин и др.).

При сердечной недостаточности назначают наперстянку в соответствующих дозах, строфантин, коргликон, эризид и др.

Благоприятно влияют на состояние миокарда витамины группы В (В₆, В₁₂), кокарбоксилаза, препараты калия. Показана кислородная терапия (кислородная палата или палатка), выезд за город в дачную или сельскую местность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничков С. В. и Беленький М. Л. Учебник фармакологии. Медгиз, М., 1954.— 2. Арьев М. Я. Сердечная астма. Медицина, Л., 1968.— 3. Коган Б. Б. и Соколова Т. В. Клин. мед., 1960, 10.— 4. Мартынкин Г. А. Там же, 1962, 12.— 5. Медведев Е. С. Там же, 1956, 8.— 6. Медведев Е. С. и Егорова Э. В. Тер. арх., 1968, 9.— 7. Ступницкий А. А. Клин. мед., 1964, 12.— 8. Тихомирова Е. Н. и Ступницкий А. А. Там же, 1964, 12.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.216.2—089.87—616.24—002.5—616.06

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛОБЭКТОМИИ С ТОРАКОПЛАСТИКОЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ю. А. Земсков, А. И. Одинцов и В. Ф. Петюшкин

Калининский областной противотуберкулезный диспансер (главрач — В. Г. Линке)¹

За последние 15 лет резекционная фтизиохирургия получила признание и широко применяется в комплексном лечении туберкулеза легких. Однако при резекции легких встречаются различные осложнения в послеоперационном и отдаленном периоде. Из них наиболее опасными и тяжелыми являются эмпиемы плевры, бронхиальные свищи, обострения и рецидивы туберкулезного процесса. По данным отечественных и зарубежных авторов частота осложнений составляет от 2 до 30% [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 и др.]. Профилактика и лечение осложнений являются актуальными проблемами в хирургии легочного туберкулеза.

Мы наблюдали 119 больных (77 мужчин и 42 женщины в возрасте от 16 до 53 лет) после резекции доли легкого в сочетании с одномоментной торакопластикой. С фиброзно-кавернозным туберкулезом было 87 больных, с кавернозным — 12, инфильтративно-пневмоническим с распадом — 14. С давностью заболевания до 3 лет было 29 больных,

¹ Часть работы выполнялась в Московском НИИ туберкулеза МЗ РСФСР (научный руководитель — проф. Д. Д. Асеев).

до 5 лет — 56, до 8 лет — 18, до 11 лет — 11, до 15 лет — 5. В течение этого времени у многих больных принцип комбинированного, последовательного, длительного лечения нарушался. Нерациональная антибактериальная терапия способствовала возникновению лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у 41 больного. Неблагоприятным моментом в развитии и течении туберкулезного процесса являлась также ранее применявшаяся неэффективная коллапсотерапия (искусственный пневмоторакс у 36, экстраплевральный — у 11 больных). Все перечисленные факторы явились причиной частых обострений, прогрессирования и распространения процесса. Полости распада локализовались в 1-м сегменте у 7 больных, во 2-м — у 12, в 1 и 2-м — у 86, в 3 и 4-м — у 14. У всех больных в других сегментах пораженной доли определялись очаговые изменения, а у 41 больного очаги выявлялись в нижней доле с преимущественной локализацией в 6-м сегменте. Приведенные данные позволяют сделать вывод о необходимости своевременного хирургического вмешательства как важного этапа в лечении больных деструктивным легочным процессом и нецелесообразности длительной антибактериальной терапии при ее неэффективности.

После 119 лобэктомий с торакопластикой осложнением в виде бронхиального свища с эмпиемой плевры возникли у 5 больных (4,5%). Причинами были: наличие активных специфических воспалительных изменений в подслизистом слое долевых бронхов (подтвержденных патоморфологически) — у 2 больных, вскрытие каверны при выделении легкого из массивных сращений в сочетании с высокой лекарственной устойчивостью БК к основным антибактериальным препаратам — у 3. Эта закономерность статистически достоверна и подтверждена материалами ряда клиник [1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12 и др.].

Обострение туберкулезного процесса было у 3 больных (2,5%). У 2 больных, оперированных в фазе инфильтрации, оно возникло при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, у 1 — из-за наличия лекарственной устойчивости БК к стрептомицину и тубазиду (100 г/мл) и короткого курса антибактериальной терапии в послеоперационном периоде (1 месяц).

Обтурационный ателектаз развился у 16 чел. (15,4%). У 7 больных причиной послужил большой объем торакопластики (шестиреберная), у 11 — понижение эластичности легочной ткани вследствие пневмосклеротических, фиброзных и очаговых изменений в оставшейся части легкого. При ликвидации бронхиальных свищей с эмпиемой плевры у 4 больных, несмотря на последующие дополнительные операции (вскрытие полости, дренирование ее и торакопластика с мышечной пластикой), эффекта не было, лишь у 1 больного наступило улучшение после многоэтапной торакопластики.

Обострение туберкулезного процесса на стороне операции было излечено у 2 больных (антибактериальными препаратами в сочетании с пневмоперитонеумом), а у 1 больного, несмотря на активную комплексную патогенетическую терапию, процесс прогрессировал и распространился на второе легкое.

Обтурационный ателектаз был у всех 16 больных ликвидирован интратрахеальными вливаниями протеолитического фермента трипсина и аспирацией мокроты.

Анализ наших клинических наблюдений дает основание считать, что в этиологии указанных осложнений играют роль следующие факторы: 1) распространенность специфического процесса и его сочетание с туберкулезом бронхов; 2) преждевременное оперативное вмешательство (резекция в фазе инфильтрации); 3) инфицирование плевральной полости во время операции (разрыв каверны в сочетании с лекарственной устойчивостью БК), 4) кратковременная антибактериальная терапия в послеоперационном периоде; 5) большой объем торакопластики и наличие пневмосклеротических, фиброзных и очаговых изменений в оставшейся части легкого.

Предотвращению осложнений способствует правильный подбор больных для операции (фиброзно-кавернозный, кавернозный, инфильтративно-пневмонический туберкулез легких, туберкулома в неактивной фазе), улучшение оперативной техники, длительная комплексная последовательная антибактериальная терапия в пред- и послеоперационном периодах с учетом лекарственной чувствительности БК, своевременное диагностирование и лечение туберкулеза бронхов и уменьшение объема торакопластики (3—4-реберная).

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М. Методическое письмо, Киев, 1963.—2. Ахунджанов А. А., Северов В. С., Диденко В. Ф. Тез. докл. I съезда фтизиатров Узбекистана. Ташкент, 1962.—3. Басиев З. Г. В кн.: Вопросы климатотерапии, 1962, т. 4.—4. Богуш Л. К. Грудная хирургия, 1965, 11.—5. Васильев Н. А. Реферат докл. научн. сесс. Моск. НИИТ МЗ РСФСР, 15—17/XII 1965 г.—6. Герасименко Н. И. Вестн. хир. им. Грекова, 1963, т. 90.—7. Земсков Ю. А. Пробл. туб., 1966, 11.—8. Колесников И. С. и соавт. Экономные резекции легких при туберкулезе. Медицина, М., 1965.—9. Николаев И. С. Тез. докл. III Всеросс. съезда фтизиатров, Рязань, 1968.—10. Перельман М. И. В кн.: Актуальные вопросы лечения больных туберкулезом легких. Медицина, М., 1967.—11. Bjork V. J. Thorac. Surg., 1957, 6, 754—769.—12. Prochazko J. Вестн. хир., 1959, 10, 22—28.—13. Overholt R. J. Internat. Coll. Surg., 1954, 21, 327—336.