

1. После удаления легкого гемодинамические сдвиги и ЭКГ изменения выражены более резко, чем после удаления его доли.

2. У большинства больных, оперированных по поводу рака легкого, в ближайшие дни после операции наблюдалось повышение венозного давления, а у больных, оперированных в связи с нагноением легкого, — некоторое его снижение, что, по-видимому, связано с различными компенсаторно-приспособительными механизмами.

3. Изменения, наблюдаемые со стороны сердечно-сосудистой системы у больных в ближайшем послеоперационном периоде, зависят от характера операции (удаление всего легкого или его доли), послеоперационного течения, нарушения функции внешнего дыхания, а также, по-видимому, и от состояния компенсаторных процессов организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшис В. П. Состояние кровообращения у больных после удаления легкого или его доли по поводу гнойных заболеваний легких. Автореф. канд. дисс. Л., 1955; Хирургия, 1955, 12. — 2. Парфенов А. П. Вест. хир. 1956, 7. — 3. Стручков В. И., Скрипниченко Д. Ф., Сахаров В. А. Нов. хир. арх. 1958, 1. — 4. Мартыничев А. Н. Венозное давление во время и после внутригрудных операций. Автореф. канд. дисс. Л., 1955; Вест. хир. им. И. И. Грекова, 1958, 3.

УДК 616. 216. 2 — 089. 87 — 616. 12

ОПЫТ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕЖРАЙОННОГО ДИСПАНСЕРА

С. Е. Марголин

Бугульминский противотуберкулезный диспансер (главврач — С. Е. Марголин)

В комплексном лечении больных кавернозным туберкулезом легких резекция заняла видное место. Ее стали выполнять в областных и районных диспансерах.

За 1957—1963 гг. нами произведена 61 резекция у 45 мужчин и 15 женщин.

Методика операции нами заимствована из хирургической клиники (зав. — проф. Л. К. Богуш) института туберкулеза МЗ СССР. Из числа оперированных больных с туберкулезом легких было 48 и с заболеваниями иного характера — 12. В возрасте 14 лет был один, 18—24 — 17, 25—44 — 37 и 45—54 — 5 больных. С туберкуломами было 6, кавернозным туберкулезом — 28, хроническим фиброзно-кавернозным — 14, с хроническим нагноением — 8, поликистозом — 2, эхинококком — один и раком легкого — один больной. У каждого четвертого туберкулезного больного было кровохарканье или кровотечение до операции. Двух больных оперировали на высоте легочного кровотечения по жизненным показаниям. Из 12 нетуберкулезных больных у 7 были повторные кровохарканья и кровотечения. У 4 больных до операции диагностировали туберкулез легких, а при операции оказались: поликистоз — у 1, эхинококкоз — у 1 и хроническое нагноение легких — у 2 больных.

14 больных оперированы после первой, 20 — после второй, 12 — после третьей, 8 — после четвертой и 6 — после пятой госпитализации.

Пять операций выполнено под местной анестезией и 56 — под интубационным эфирно-закисно-кислородным наркозом с применением релаксантов. Плевральная полость вскрывалась из передне-бокового доступа в третьем межреберье, при резекции нижней доли — через задне-боковой доступ.

Основное количество осложнений наблюдалось в 1957—1958 гг. в период освоения техники операции при раздельной обработке элементов корня легкого. Из 8 резекций в 5 случаях были осложнения с одним летальным исходом вследствие воздушной эмболии, при нарушении целостности нижней легочной вены.

В другом случае, у больного И., 27 лет, во время пульмонэктомии при фиксации тунфером корня легкого соскользнули лигатуры (центральная была прошита) с верхней легочной вены. Больной выписан из стационара через 2 месяца после операции в удовлетворительном состоянии. У 3 больных развились эмпиемы, из них у 2 с бронхиальными свищами.

Из последующих 53 резекций, произведенных с помощью аппарата УКЛ-60, было 8 осложнений с четырьмя летальными исходами: от травматического шока во время операции резекции, острой почечной недостаточности на 9 день, позднего внутриплеврального кровотечения на фоне острого психоза — на 12 день и острого инфаркта миокарда — через 13 часов после операции.

Из других осложнений у 4 больных оказались остаточные полости, которые исчезли после наложения пневмоторакса у двух в течение 4—6 недель и с применением только дыхательной гимнастики у остальных двух больных в течение 3—4 недель.

При применении аппарата УКЛ-60 ни разу не было несостоятельности культи бронха.

В течение последних 3 лет частичные резекции легкого сочетались с внутренней ограниченной 3—4-реберной торакопластикой для предупреждения обострения туберкулезного процесса. Всего нами сделано 12 лобэктомий и комбинированных резекций с одномоментной внутренней торакопластикой из-за недостаточного расправления оставшихся участков легкого. Одна из четырех плевропульмонэктомий дополнена одномоментной расширенной верхней-задней 5-реберной торакопластикой с целью предупреждения бронхиального свища и эмпиемы, а также перенапряжения оставшегося легкого. У больной в оставшемся легком были очаги туберкулеза средней плстности. Наблюдение за больной в течение 4,5 лет подтверждает правильность тактики и выбора хирургического вмешательства.

У 2 больных после пульмонэктомии развилась тотальная эмпиема. Примененная трехэтапная торакопластика до появления бронхиального свища у одного больного 28 лет в раннем послеоперационном периоде устранила эмпиему. Другому больному Х., 27 лет, тоже была сделана трехэтапная торакопластика, но безуспешно (появился бронхиальный свищ).

Всего произведено 4 плевропульмонэктомии, 4 пневмонэктомии, 26 лобэктомий, 9 комбинированных резекций, 17 сегментэктомий и одно удаление легочной кисты с междолевой локализацией.

Из 61 операции в 24 отмечено то или иное расхождение в топической диагностике, что изменило объем хирургического вмешательства.

В правом легком сделано 35 резекций, в левом — 26.

Клиническое выздоровление наступило у 33 больных, улучшение — у 12, ухудшение — у 10, умерло в связи с операцией — 5. Ухудшение состояния больного наступило после операции на первом году у 9 и на втором — у одного. Обострения на оперированном легком были у 7 и на другом легком — у 3 больных, после удаления всего легкого — у одного, доли легкого — у 5, сегментов — у 3 и комбинированных резекций — у одного. У 6 больных процесс был кавернозным и у 4 — фиброзно-кавернозным.

От обострений и рецидивов туберкулеза умерло 5 больных в срок от 2 до 5 лет.

Анализ историй болезни больных, в которых указаны осложнения, в ряде случаев с летальным исходом, позволил детально охарактеризовать дефекты и ошибки, допущенные при анестезии, операции и в послеоперационном периоде, что принесло большую пользу делу.

Лечение в послеоперационном периоде проводилось в стационаре всеми тремя основными противотуберкулезными препаратами от 2 до 8 месяцев, после чего больные направлялись на санаторное лечение. 32 больных продолжали профилактический прием весной и осенью по 2—3 месяца двух основных противотуберкулезных препаратов (фтивазид и ПАСК) на протяжении двух лет.

Из числа больных, излеченных от туберкулеза, 17 вернулись к своей прежней работе, 11 трудоустроены на более легкие работы, 5 (с прогрессирующим процессом) стали инвалидами II группы.

ВЫВОДЫ

1. Одновременное выполнение с резекцией легкого частичной внутренней торакопластики предупреждает возникновение остаточных полостей, эмпием, уменьшает число бронхиальных свищей, предупреждает перерастяжение остающейся части легкого и обострение в нем очагов туберкулеза.

2. При обнаружении у больного ТБ в мокроте, устойчивых к стрептомицину и фтивазиду, при выборе оперативного вмешательства следует отдать предпочтение коллапсохирургическим вмешательствам.

3. Прогрессирование туберкулезного процесса, как правило, отмечается в первом и реже — втором году после операции. Поэтому лечение должно проводиться не менее чем двумя основными препаратами в первом году и в виде профилактического курса весной и осенью на втором году после операции.

4. Если в стационаре есть диспансер с диагностическим отделением, мы считаем возможным, в показанных случаях, проводить операции легочным больным с неясной этиологией процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богущ Л. К. Пробл. туб. 1953, 3; там же, 1956, 3; в кн. «Вопросы грудной хирургии». Медгиз, М., 1955, т. 5.— 2. Перельман М. И., Оцуп Л. Н. Грудная хирургия. 1961, 5.— 3. Перельман М. И. Там же, 1963, 3.— 4. Кульчинский П. Е. Пробл. туб. 1960, 5.