

1. Алиева Т. А. Хирургия. 1957, 12. — 2. Колесников И. С. Там же. 1957, 5. — 3. Королев Б. А. Вопр. неотл. и груд. хир. Горький, 1958. — 4. Королев Б. А., Карпов М. Ф. Вопр. онкол. Горький, 1962; Вопр. анестезиол. и груд. хир. Горький. 1962. — 5. Карпов М. Ф., Мовшовская Е. Н., Морозова А. П., Шмерельсон М. Б. Там же. — 6. Лушников Е. С. Тр. 26 Всесоюзн. съезда хир. 1956. — 7. Новиков А. Н. и Родионов В. В. Результаты хирургического лечения рака легкого. М., Медгиз. 1962. — 8. Новиков А. Н., Гарин Н. Д. и Родионов В. В. Груд. хир. 1963, 3. — 9. Осипов Б. К. и Алиева Т. А. Рак легкого. Медгиз, М., 1959. — 10. Савицкий А. И. Рак легкого. Медгиз, М., 1957. — 11. Углов Ф. Г. Рак легкого. Медгиз, М., 1958. — 12. Шаповалыянц Г. Г. Груд. хир. 1963, 2. — 13. Robinson I., Iones C., Meyer V. Indications for Cobectomy in the treatment of carcinoma of the Lung. J. thorac. Surg. 1956, 32, 4.

УДК 616.24—005.1

## О ТАКТИКЕ ХИРУРГА ПРИ МАССИВНЫХ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ю. А. Ратнер

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Легочное кровотечение является одним из самых частых осложнений таких хирургических страданий легких, как нагноение, бронхоэктазия, туберкулез, рак, инородные тела. Кровотечение из легкого может быть различной степени, начиная от незначительного до угрожающего жизни больного. Если обычное кровохарканье и средней степени кровотечение из легкого останавливаются сами собой или в результате применения общеизвестных консервативных средств (хлористый кальций, переливание крови, искусственный пневмоторакс), то при массивном кровотечении эти средства часто не ведут к цели, и печальная развязка наступает не так уж редко. Кто из практических врачей не бывал при этом в положении беспомощного свидетеля? Нам чаще приходилось наблюдать смерть в результате массивного легочного кровотечения у туберкулезных, раковых больных с нагноением легкого, а в годы войны — у раненных в грудь. У некоторых больных и раненых смерть наступала неожиданно. В наше время расцвета грудной хирургии нельзя мириться с подобным исходом, не испытавши более надежных методов остановки кровотечения, как хирургические вмешательства на легких и легочных сосудах. Раньше хирурги боялись вскрыть плевральную полость, так как не имели опыта в торакальной хирургии. Современный хирург уже не в праве отказать в операции больному с угрожающим жизни кровотечением из легкого, подобно тому, как это является обязательным при внематочной беременности, разрыве селезенки и других внутрибрюшных кровотечениях.

При массивном легочном кровотечении уже существуют известные жизненные показания к оперативному вмешательству, часто срочного характера. Литература по этому вопросу пока невелика. Наши наблюдения были сообщены в прениях на секции по грудной хирургии на XXVI Всесоюзном съезде хирургов.

Очень важным и трудным делом является установление правильных показаний и противопоказаний к срочному вмешательству. Мы не касаемся здесь тактики хирурга при ранениях груди, сопровождающихся значительным кровотечением из легкого. Вероятно, в будущем хирурги и в таких случаях станут более активными. Здесь мы имеем в виду кровотечение при хронических заболеваниях легких и поздние кровотечения после ранений груди, угрожающие жизни больного.

Как судить о том, является ли наступившее кровотечение опасным для жизни или нет? Главное значение имеет, конечно, количество излившейся крови, степень анемии, АД, состояние пульса, дыхание, словом, те же клинические и лабораторные признаки, которые руководят хирургом при кровотечениях из других органов. В течение ближайших часов предпринимаются консервативные меры для остановки кровотечения, главной из которых является переливание крови. Если же они к цели не ведут, то показано оперативное вмешательство. Сторона поражения предполагается хорошо известной.

Противопоказаниями к операции являются двухсторонние процессы, когда неизвестно, с какой стороны происходит кровотечение, выраженная недостаточность сердечной деятельности, кахексия. Прежде чем решиться на торакотомию, необходимо, конечно, убедиться, что кровотечение продолжается, несмотря на принятые меры.

Бид больного, повторное кровотечение, падение пульса, АД и процента гемоглобина указывают на продолжающееся кровотечение. Если же все показатели улучшаются, следует отложить оперативное вмешательство, заняв позицию так называемого «вооруженного нейтралитета».

Надо признать, что решение дилеммы — оперировать или подождать — немало зависит от опыта хирурга и всегда является, в известной степени, субъективным. Разумеется, операция на легких срочного характера требует соответствующей квалификации хирурга, подходящей обстановки и достаточного запаса консервированной крови.

Когда вопрос о срочной операции разрешен положительно, тут же встает не менее важный вопрос о характере вмешательства. Наиболее радикальной операцией является резекция легкого. Масштабы резекции заранее трудно предопределить, и решиться на удаление легкого при острой анемии нелегко. В большинстве случаев речь идет лишь об удалении пораженной доли или даже сегмента легкого (сегментэктомия редко выполнима).

Возможности радикальной операции на высоте кровотечения на деле ограничены. Если соразмерить силы больного и тяжесть операции, то следует признать, что радикальная операция в подобных случаях рискованна. В самом деле, при раке легкого мы имеем дело в громадном большинстве случаев с пожилыми людьми. У них на удаление легкого трудно решиться в условиях острого массивного кровотечения. При хронических нагноительных процессах и бронхоэктатической болезни возможно ограничиться в большинстве случаев удалением пораженной доли, но выделение ее из рубцов отнимает много времени и сопровождается кровопотерей из окружающих сращений. Таким образом, в этих случаях благоразумнее отложить трудную операцию на некоторое время, когда больной окрепнет после останова кровотечения.

Одномоментная резекция легкого на высоте кровотечения выполнима скорее у туберкулезных больных, у которых нередко можно даже ограничиться клиновидным иссечением или сегментэктомией. Если же необходимо произвести лобэктомия, то и она при отсутствии внутриплевральных сращений или при нежных сращениях легко переносится больными удовлетворительно.

При легочном кровотечении, вызванном инородным телом, резекция легкого обычно не нужна. Речь идет о перевязке кровоточащего сосуда после удаления осколка или пули в самой ране или на протяжении. В большинстве случаев радикальная операция на высоте кровотечения является опасной. При необходимости надо ограничиться перевязкой легочной артерии. Эта операция сравнительно проста и легче переносится ослабленным больным.

Наиболее подходящим доступом для операции является передне-боковой. Плевра вскрывается в 3 или в 4 межреберье, в зависимости от того, какая доля поражена. При поражении всего легкого или нижней доли предпочтительна плевротомия в 4 межреберье, а верхней доли — 3 межреберье.

Необходимо, прежде всего, освободить корень легкого от сращений, рассечь медиастинальную плевру и обнажить, а затем отпрепаровать сосуды легкого в корне. Ближе всего к оператору расположена верхнедолевая вена. Под нее подводится лигатура. Подтягивая ее книзу, легче подойти и выделить легочную артерию, расположенную несколько выше и глубже вены, над верхним краем главного бронха.

В большинстве случаев перевязывается основной ствол легочной артерии. Но если процесс строго ограничен верхней долей, достаточно перевязать ветви артерии, идущие к верхней доле. То же самое относится и к изолированному поражению нижней доли. Мы не торопимся завязать наложенную на артерию лигатуру. Если общее состояние больного, АД и пульс позволяют работать дальше, то хирург продолжает мобилизацию пораженной доли из сращений с париетальной плеврой и в междолевой щели. Когда мобилизована вся доля, реализуется возможность закончить операцию радикально, одномоментно, в особенности с помощью аппарата УКЛ (ушиватель корня легкого). Обычно сосуды легкого или доли перевязываются изолированно, а на бронх накладываются с помощью автомата танталовые скрепки, что значительно проще и герметичнее, чем наложение обычных швов.

Таким образом, характер вмешательства на легком целиком зависит от особенностей случая и всей обстановки. Редко операция может быть закончена радикально (лобэктомия, еще реже — пульмонэктомия). Это возможно, главным образом, при умеренном кровотечении и хороших общих показателях. Таких одномоментных лобэктомий нами произведено всего две.

Чаще (у 8 больных) мы должны были ограничиться перевязкой сосудов (у 7 — легочной артерии и у одного — долевой вены). В одном из случаев мы были вынуждены предпринять перевязку легочной вены. При обнажении верхнедолевой вены стенка последней оказалась поврежденной. Началось сильное кровотечение, которое было остановлено наложением лигатуры. Этим и закончилась операция.

Перевязка вслед за веной артерии считается противопоказанной ввиду возможного омертвления доли легкого, несмотря на сохранение питания по бронхиальной артерии и сосудам, проходящим в плевральных сращениях.

Необходимо подчеркнуть, что в этом случае был получен разительный эффект от перевязки вены: кровотечение из легкого больше не повторялось, и в течение

ближайших месяцев наступило клиническое выздоровление, прослеженное на протяжении более 3 лет, без рецидивов.

Там, где возможно дополнить перевязку сосуда пневмолизом, его следует сделать, так как спадение мобилизованного легкого повышает шансы на остановку кровотечения. У двух больных из восьми наряду с перевязкой легочных сосудов удалось произвести одновременно пневмолиз в пределах пораженной доли. В этих случаях также отмечен хороший эффект как непосредственный, так и отдаленный.

Всего нам пришлось прооперировать на высоте кровотечения 10 больных. Из них у 5 было нагноение легкого, у 3 — бронхоэктатическая болезнь, у 2 — туберкулезная каверна.

У большинства из них кровотечение повторялось многократно. Больные были значительно обескровлены и истощены основным процессом.

Кроме того, 2 больных нам пришлось срочно оперировать по поводу легочного кровотечения, вызванного инородным телом, спустя много лет после ранения. В таких случаях тактика иная. После определения локализации инородного тела хирург стремится к удалению его тем или иным путем, а затем уже — к остановке кровотечения в ране или к перевязке магистрального сосуда. Как правило, при периферически расположенных инородных телах легкого достаточно бывает лигировать сосуды в ложе удаленного осколка или пули. Чем ближе к корню легкого располагается инородное тело, тем больше оснований к перевязке легочной артерии. В одном из этих случаев был применен первый вариант, в другом — второй.

Все операции (12) были произведены под местной анестезией. Интратрахеальный наркоз применяется у нас в клинике в последние годы при всех торакальных операциях.

Непосредственные результаты операции оказались хорошими, но в одном случае наступила смерть на третий день после операции от основного процесса (туберкулеза). Приводим кратко выдержку из его истории болезни.

Х. был срочно переведен из туберкулезного госпиталя в нашу клинику для операции по поводу двухстороннего туберкулеза легких в тяжелом состоянии с явлениями резкой анемии, вызванной массивным легочным кровотечением из гигантской каверны. Он потерял за последние дни в общей сложности до 1,5 л крови. Все средства (многократные переливания крови, плазмы, пневмоперитонеум и др.) оказались неэффективными. Была произведена срочная операция — перевязка легочной артерии (справа) и частичный пневмолиз. На вскрытии обнаружены: двухсторонний туберкулез легких, туберкулез почки и желудка, аспирационная пневмония и отек легких.

Все остальные больные перенесли операцию без осложнений. Кровотечение у них больше не повторялось. У 5 оперированных наступило полное клиническое выздоровление, которое сопровождалось исчезновением полости при рентгеновском исследовании и отсутствием в мокроте бактерий Коха.

Таким образом, мы должны подтвердить, что активная тактика хирурга при массивных легочных кровотечениях вполне себя оправдывает. Характер вмешательства выясняется на операционном столе. Для большинства случаев методом выбора является перевязка легочной артерии.

УДК 616.322—089.87—616.12

## О МЕХАНИЗМЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

*М. И. Кечкер, М. Е. Загорянская*

НИИ уха, горла и носа МЗ РСФСР (директор — проф. Н. А. Бобровский) и первая кафедра терапии (зав. — проф. А. З. Чернов) ЦИУ

Вопрос о связи миндалин с внутренними органами давно привлекал внимание клиницистов. Как в эксперименте, так и в клинике была четко доказана нервнорефлекторная связь между миндалинами и сердцем.

Изучению непосредственного влияния тонзиллэктомии на сердечно-сосудистую систему методом электрокардиографии посвящены работы М. А. Волковой (1956), Е. Е. Эпштейн (1959) и Leonardelli (1951). Имеющиеся в них данные немногочисленны и разноречивы. В указанных работах ЭКГ снимались с малым числом отведений. Кроме того, ни в одной из этих работ не указаны сроки, в которые появляющиеся изменения исчезали. В связи с этим мы решили проследить и проанализировать изменения, возникающие на ЭКГ под влиянием тонзиллэктомии и сопоставить их с данными клинического и биохимического (концентрация К и Na в плазме крови) исследований.

ЭКГ-исследование было произведено у 10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 15 до 37 лет, подвергнувшихся тонзиллэктомии. Показанием для операции служил