

дующим образом. С очаговой формой было 138 (из них у 78 обнаружены БК в мокроте), инфильтративной — 115 (65 с БК), диссеминированной — 9 (с БК), хронической фиброзно-кавернозной — 18 (11 с БК). Сроки наложения первичного ИП с момента выявления туберкулеза легких представлены в таблице 1.

Как видно, качество пробных торакокопий без выявленных срощений, а также полных торакокаустик значительно больше при наложении ИП в срок до 2 месяцев, при этом также отмечалось малое количество неполных торакокаустик и торакокопий с непережигаемыми срощениями.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно высказать следующие положения.

Сроки наложения первичного ИП с момента выявления туберкулеза легких не должны превышать 2 месяцев. При более продолжительных сроках значительно снижается возможность создания концентрического коллапса легкого. Сроки же торакокаустики с момента наложения ИП, по нашим данным, не оказывают существенного влияния на эффективность хирургического вмешательства.

Возможности хирурга при торакокаустике зависят не столько от раннего коррегирирования неэффективного ИП (что, конечно, также необходимо), сколько от наложения ИП в самые ранние сроки.

### Распределение больных по срокам наложения ИП с момента выявления туберкулеза легких

Вид операций		До 2 мес.	После 2 мес.
торакокаустика	полная	84	34
	неполная	15	64
торакокопия	срощения не обнаружены	11	1
	срощения не пережжены	17	54

### ЛИТЕРАТУРА

1. Асеев Д. Д. Пробл. туб. 1963, 2.—2. Асеев Д. Д., Носкова Г. П. Там же. 1962, 5.—3. Бураченко М. А. Там же. 1963, 7.—4. Рабухин А. Е. Лечение большого туберкулезом. Медгиз, М., 1960; Искусственный пневмоторакс в комплексном лечении больных туберкулезом легких. Медгиз, М., 1961.—5. Семенов А. Д. Легочный туберкулез. Медгиз, Л., 1963.—6. Харчева К. А. Пробл. туб. 1962, 5.—7. Шебанов Ф. В. Там же.—8. Ярошук А. А. Там же. 1963, 2.

Поступила 2 апреля 1964 г.

## О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЛЕГКИХ

*Канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн*

Отделение грудной хирургии (нач. — канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн)  
Казанской железнодорожной больницы (нач. — В. Г. Колчин)

Развитие легочной хирургии за последние годы породило обширную литературу и о таких сравнительно редких формах легочной патологии, как кисты и кистоподобные образования. Большинство авторов принята классификация И. А. Зворыкина, который делит все кистозные образования в легких на а) истинные кисты легких, б) кистоподобные образования, в) воздушные полости, возникшие на почве местной эмфиземы легких, г) паразитарные кисты.

За последнее время ряд авторов указывает на возможность образования пневматоцеле у детей при пневмониях (особенно стафилококковых). Эти псевдокисты, в отличие от истинных, склонны к самоизлечению. Для них характерны также прорывы в плевру с возникновением пиопневмоторакса, в то время как нагноение при буллезной эмфиземе вообще считается большой редкостью.

Больные с неосложненными кистами и кистоподобными образованиями могут, оставаясь под наблюдением, лечиться консервативно, а с осложненными — всегда подлежат операции.

Наиболее частым осложнением кистоподобных образований в легких является нагноение. Состояние больного при этом может быть настолько тяжелым, что радикальная операция становится невыполнимой и для спасения жизни в срочном порядке производится лишь паллиативное оперативное вмешательство.

Примером может служить больной Ю., 16 лет, поступивший в терапевтическое отделение МСЧ нефтянников г. Октябрьска в крайне тяжелом состоянии 14/X 1956 г. Положение — вынужденное полусидячее, с резкой одышкой и цианозом. Заболел остро неделю тому назад, после охлаждения. Отхаркивает 50—70 мл гнойной мокроты в сутки. При рентгенокопии видны две гигантские тонкостенные полости в сред-

нем и нижнем полях левого легкого, до половины заполненные жидкостью; окружающая легочная ткань не изменена.

Диагноз: нагноившиеся легочные кисты.

Консервативное лечение в течение 10 дней оказалось неэффективным. Решено произвести двухмоментную пневмотомию. В момент отслойки легкого и введения тампонов большой отхаркнул одноmomentно 500 мл гнойной мокроты. На этом первый этап операции закончился. Через 8 дней был намечен второй этап операции — вскрытие гнойной полости. Однако ни рентгенологически, ни многократными пункциями обнаружить полость не удалось. Больной поправился. При повторных рентгенологических обследованиях на протяжении года полостных изменений в легком не определялось.

Данное наблюдение можно отнести к весьма редким, когда простая пневмотомия приводит к полному излечению больного. Одно такое наблюдение описал и Б. К. Осипов. Однако чаще такое вмешательство лишь улучшает состояние больного. Б. К. Осипов сообщает о двух больных с нагноившимися кистами, леченных пневмотомией в других хирургических учреждениях. У обоих остались бронхокожные свищи. Подобного больного наблюдали и мы.

М., 37 лет, заболел летом 1953 г., был диагностирован абсцесс легкого. В декабре того же года в одной из московских клиник была произведена двухмоментная пневмотомия. При вскрытии полости гноя не обнаружили. Остался бронхокожный свищ, который никогда не закрывался. Периодически наблюдалось кровотечение из свища и кровохарканье. В связи с этим госпитализирован.

На левой половине грудной клетки окрепший послеоперационный рубец, огибающий угол лопатки. В центре его свищ в 3 мм. Из него при натуживании выделяется воздух.

Рентгеноскопия. Слева резецированы 6—7 ребра. Легочное поле в средних отделах сужено, затемнено вследствие массивного склероза, на фоне которого видна тонкостенная полость, проецирующаяся между 6 и 7 межреберьями по боковой поверхности грудной клетки. От 6-го до 7-го ребра ограниченный газовый пузырь. Купол диафрагмы ограничен в подвижности, деформирован. Сердце смещено влево.

19/V 1956 г. операция. Обнаружена полость, в которую открываются три бронха. Стенка полости плотная, гладкая, блестящая. После выскабливания стенок и устьев бронхов мышечная пластика по Абражанову. Выздоровление.

И. А. Зворыкин подчеркивает, что паллиативные операции типа пневмотомии при кистозных полостях могут применяться лишь в виде исключения.

К значительно более редким осложнениям кистозных образований в легких относятся спонтанный пневмоторакс (СП). Т. А. Алиева в клинике Б. К. Осипова на 79 больных с легочными формами легочной патологии встретила СП у 14 больных. Еще реже наблюдается двусторонний СП (на материале Алиевой — 1 раз). Мендельсон собрал в литературе 800 наблюдений СП, из них двусторонний был у троих. Барановский описал больную, оперированную по поводу повторного СП, в период выздоровления развился СП на противоположной стороне.

В связи с этим приобретает интерес следующее наблюдение.

П., 9 лет, поступил 8/VIII 1960 г. в тяжелом состоянии. Болен 2 недели. Начало заболевания связывается с простудой. Диагностирована двусторонняя нижнедолевая илевропневмония.

Рентгеноскопия от 11/VIII. Слева от 3 ребра до купола диафрагмы неомогенное затемнение, интенсивность которого нарастает сверху вниз. Купол неподвижен. Справа на уровне третьего ребра интенсивная линейная шириной в 1 см тень, занимающая весь поперечник легкого. В нижнем легочном поле тень средней плотности, неправильной формы,  $6 \times 4$  см. Синус не раскрывается, затемнен. Подвижность диафрагмы резко ограничена. Органы средостения смещены вправо.

9/VIII Л. — 18 900 со сдвигом влево, РОЭ — 51 мм/час. 30/VIII Л. — 56 900.

Флора нечувствительна к пенициллину, стрептомицину и биомицину.

Назначены левомицетин, мицерин, глюкоза, сердечные средства.

16/VIII состоянии резко ухудшилось, появилась одышка, резкие боли в правом боку, пульс 160.

Рентгеноскопия 19/VIII. Справа от первого ребра до купола диафрагмы неомогенное затемнение с неровной верхней границей. В третьем — четвертом межреберьях тень достигает максимальной интенсивности (осумкованный выпот). Правый купол диафрагмы сливается с тенью, и проследить экскурсии его не удается. Слева в 3—4 межреберье неомогенная тень с просветлением в центре (полость?). Сердце смещено влево.

Пункцией справа добыта желтая мутная жидкость. Правосторонний илевропневмоторакс.

Консультантами ставились следующие диагнозы:

1. Ревматизм, эндомиокардит, сердечная форма, активный период, острое течение. Перикардит? Бронхопневмония (возможно, ревматической этиологии). Правосторонний плеврит (серозный). Хронический тонзиллит в стадии обострения. Анемия.

2. Общее септическое состояние на почве затянувшейся двусторонней пневмонии с абсцедированием и явлениями пневмосклероза с вовлечением плевры и вторичной кардиопульмональной недостаточностью. Миокардит (возможно, ревматической этиологии).

3. Панкардит (эндомиоперикардит), по-видимому, ревматической этиологии. Двусторонняя мелкоочаговая пневмония, правосторонний экссудативный плеврит с частичным осумкованием. Анемизация.

С 3/IX при рентгеноскопии определяется тотальный правосторонний пневмоторакс с небольшим количеством жидкости в синусе. Слева больших размеров полость с горизонтальным уровнем — абсцесс легкого. 12/IX легкое справа незначительно расправилось, слева абсцесс виден по-прежнему, в нижних отделах плевры — ограниченный газовый пузырь и жидкость в синусе.

Кортизонотерапия, эритромицин и сердечные значительно улучшили состояние ребенка, он стал транспортабельным и 30/IX был переведен в детское отделение Казанской дорожной больницы.

При поступлении состояние тяжелое, одышка с участием вспомогательных мышц. При рентгеновском обследовании тонкостенные полости в левом легком. Справа газ в межплевральном пространстве, легкое коллабировано и фиксировано спайками на уровне третьего межреберья.

Динамическим наблюдением установлено, что пневмоторакс нарастает. Намечено по окончании курса кортизонотерапии (через 3—4 дня) перевести ребенка в хирургическое отделение.

8/X состоянии ребенка внезапно резко ухудшилось. Клинически и рентгенологически диагностирован левосторонний спонтанный пневмоторакс на фоне напряженного правостороннего пневмоторакса. Срочно произведена двусторонняя торакотомия с налаживанием клапанных дренажей. Через сутки пришлось слева переставить дренаж выше, т. к. он слабо функционировал, еще через сутки удалось наладить активное отсасывание, и 15/X после полного расправления левого легкого дренаж удален. Справа легкое расправлялось значительно хуже, несмотря на введение второго дренажа в передние отделы плевральной полости. На протяжении недели четырежды возникали резкие боли в груди справа, сопровождавшиеся усилением одышки и обильным выхождением воздуха по дренажам. Сам ребенок определял, что «снова в груди что-то лопнуло». 21/X дренажи справа удалены. Остался легочно-кожный свищ.

В связи с тем, что воздушные полости в левом легком прогрессивно увеличивались, ребенок 22/X переведен в хирургическое отделение. При поступлении состояние средней тяжести, выраженная одышка (30 дыханий в *мин*), пульс — 140.

Рентгеноскопия, рентгенография, томография 24/X. Слева в нижнем поле наиболее четко дифференцируются кисты (3—4) на глубине от 5,5 см до 7,5 см от передней грудной стенки. Создается впечатление поражения 8 и 9 сегментов. Справа пневмоническая инфильтрация средне-нижнего отдела. Участки просветления на фоне ее образованы, вероятно, за счет плевральных ограниченных концевых отделов дренажей.

25 октября под интратрахеальным наркозом произведена резекция базальных сегментов нижней доли легкого слева и наложена превентивная нижняя трахеостома.

Удаленный препарат содержал тонкостенные кисты с гладкой, блестящей внутренней поверхностью. Микроскопически: внутренние стенки полостей в основном образованы фиброзной тканью, которая в разных участках имеет различную толщину. Эпителиального покрова стенки полостей не имеют. Местами сильно уплощенные клетки типа эндотелиальных.

Свищ справа закрылся через неделю после операции. Выписан домой 19/XI в удовлетворительном состоянии.

Демонстрирован 6/IV на заседании Хирургического общества ТАССР. Практически здоров.

В данном случае можно предположить нагноение и прорыв в плевру с обеих сторон воздушных полостей, возникших на почве местной эмфиземы легких, слева по типу пневматоцеле, справа расположенных подплеврально (буллезная эмфизема). Множественность изолированных полостей слева исключала какое-либо вмешательство, кроме резекции легкого.

Еще у 42 больных в возрасте от 1 г. 3 месяцев до 53 лет в связи с осложнениями кистой болезни нами была произведена резекция легкого. В зависимости от распространенности процесса объем операции колебался от вылушения кисты до пульмонэктомии.

Семеро из 42 больных были оперированы срочно, по жизненным показаниям, у остальных удалось стабилизировать состояние консервативными мероприятиями и оперировать в «холодной» стадии.

Послеоперационное течение у всех больных было гладким.

## ВЫВОДЫ

1. Кисты и кистоподобные образования в легких неизбежно становятся объектом хирургического лечения при осложненном течении — нагноении, прорыве в плевру, раздувании в связи с клапанным механизмом.

2. Характер и сроки оперативного вмешательства диктуются состоянием больного и возможностями консервативной терапии. Предпочтительно оперировать на «сухом легком» — по прошествии воспалительных явлений.

3. Операцией выбора должна быть резекция пораженного участка легкого либо вылушение кисты. Современное обезбоживание позволяет при соответствующей технике радикально оперировать и весьма тяжелых больных.

1. Алнева Т. А. Хирургия. 1960, 8. — 2. Брайцев В. Р. Врожденные дизонтогенетические образования средостения и легких. Медгиз, М., 1960. — 3. Зворыкин И. А. Кисты и кистоподобные образования легких. Медгиз, М., 1959. — 4. Колесов А. П., Кутушев Ф. X., Чухловина М. Г. Вест. хир. 1960, 8. — 5. Лукиных А. К. Солитарные бронхиальные кисты легкого. Медгиз, М., 1959. — 6. Осипов Б. К. В кн. «Очерки по грудной и брюшной хирургии». Под ред. Б. К. Осипова. Медгиз, М., 1959.

Поступила 19 февраля 1963 г.

## ЭКОНОМНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ

*Канд. мед. наук М. Р. Рокицкий*

Клиника грудной хирургии (зав. — проф. С. Л. Либов) Белорусского ГИДУВа на базе 5-й клинической больницы г. Минска (главврач — Р. Л. Шимкевич)

Стремление к сочетанию экономности резекции с ее радикальностью является одним из основных принципов современной легочной хирургии. Наиболее полное воплощение этот принцип находит в сегментарной резекции, являющейся, по выражению П. А. Куприянова, «одним из важнейших достижений легочной хирургии». Однако наряду с сегментарной не потеряли права на существование и другие виды экономных резекций — комбинированные резекции (удаление доли и группы смежных сегментов), клиновидные, краевые и др. Широкое внедрение в практику отечественных аппаратов УКЛ-40 и УКЛ-60 привело к разработке методики так называемой «механической», клиновидной и краевой резекции. Выбор того или иного вида резекции связан с особенностями патологического очага в легком, его локализацией, обширностью, характером плевральной реакции и т. д.

Настоящее сообщение основано на анализе 143 экономных резекций легкого, произведенных по поводу различных неспецифических заболеваний.

Бронхоэктазия как заболевание, характеризующееся строго сегментарным распространением процесса, создает наиболее благоприятные условия для выполнения экономных сегментарных и комбинированных резекций. Именно при бронхоэктазиях особенно часто производятся эти операции (В. Р. Ермолаев, И. С. Колесников, Черчилль, Коллис и др.).

По поводу бронхоэктазий нами выполнены 84 экономные резекции, в том числе 46 комбинированных и 38 сегментарных. Наиболее частой была резекция нижней доли и язычковых сегментов левого легкого (45) и так называемая базальная резекция (22). У 10 больных производилось удаление группы базальных сегментов и резекция «язычка» (С<sub>4-5</sub>). Следует отметить, что большинство больных с бронхоэктазиями (59) — дети до 16 лет. Во время операции редко встречались плотные плевральные сращения, что можно объяснить возрастом больных и ограниченностью поражения легочной паренхимы. Все операции выполнялись из бокового доступа. Сегментэктомии производились по общепринятой методике, с отдельной обработкой корня сегмента, прошиванием бронха аппаратом УКЛ, УКБ или УУС и удалением сегмента от центра к периферии. Опасаясь повреждения и деформации бронхов и сосудов остающихся сегментов, мы избегаем прошивания аппаратом УКЛ корня сегмента «en masse».

В 17 наблюдениях бронхоэктазии нижней доли или базальных сегментов сочетались с поражением одного язычкового сегмента, чаще С<sub>5</sub>. Некоторые авторы (Флорена, Базан), отмечая значительные трудности изолированного удаления одного сегмента «язычка», предпочитают резецировать оба язычковых сегмента. Бесспорно, что резекция язычковой доли более проста, нежели удаление одного из сегментов, однако при отсутствии осложняющих моментов (плевральные сращения, массивные лимфоузлы в области корня) сегментэктомия представляется нам вполне оправданной. Выполнение ее облегчается при ателектатических или врожденных бронхоэктазиях, когда отчетливо видна граница здоровой и пораженной легочной паренхимы. Резекции одного из язычковых сегментов в сочетании с удалением нижней доли или базальных сегментов произведена у 17 больных.

Бронхоэктазии нередко поражают базальные сегменты нижней доли, причем апикальный сегмент (С<sub>6</sub>) остается не вовлеченным в процесс (Хуан-Дзя-Сы с соавторами и др.). «Базальная» и «поперечная» резекции, пропагандируемые В. Р. Ермолаевым (25 операций), Н. И. Герасименко и А. И. Пироговым (7 наблюдений), Коллисом (74 операции), Кратчером, Пеллегрини и другими, применены нами у 32 больных. Базальная или поперечная резекция обязательно завершалась фиксацией одним-двумя швами сохраненного апикального сегмента к верхней доле. Эта манипуляция предотвращает опасность перегиба бронха С<sub>6</sub> и нарушения аэрации сегмента. После удаления сегмента межсегментарная поверхность не ушивается, так как просачивание воздуха обычно прекращается через 3—4 часа.