

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. Х., 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» (С₄₋₅). 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. Сегментэктомия производилась по общепринятой методике, с раздельной 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 С₅. 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 (С₆) 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 С₆ и нарушения аэрации сегмента. После удаления сегмента межсегментарная поверхность не ушивается, так как просачивание воздуха обычно прекращается через 3—4 часа.

В 6 наблюдениях при изолированных бронхоэктазах производилось удаление отдельных сегментов — у 2 больных резекция С₄₋₅, у 4 — удаление отдельных базальных сегментов.

Хронический абсцесс легкого сопровождается, как правило, различно выраженной перифокальной реакцией. Массивные воспалительные инфильтраты, распространяющиеся за пределы пораженного сегмента или доли, в значительной мере ограничивают возможности экономных, и тем более, сегментарных резекций при этом заболевании. Выполнение экономных резекций затрудняется и обширными плевральными сращениями, достигающими иногда хрящевой плотности.

По поводу хронических абсцессов легких и ограниченных пневмосклерозов на почве перенесенного абсцесса экономные резекции произведены у 27 больных.

Местом излюбленной локализации абсцессов легкого являются задние сегменты верхней и нижней доли (С₂ и С₆). Особенности топографии этих сегментов, тесно соприкасающихся между собою, объясняют частоту их совместного поражения. При абсцессе второго сегмента верхней доли в процесс часто вовлекается шестой сегмент и наоборот (Брок, Метра). Выполнение сегментарных резекций у больных с абсцессом легкого вряд ли целесообразно. В то же время при ограниченном пневмосклерозе экономная резекция является методом выбора. По поводу ограниченных пневмосклерозов выполнено 7 сегментарных резекций, 9 клиновидных и 2 краевых. В последнее время мы применяем так называемую «механическую» краевую и клиновидную резекции легкого. Как и большинство хирургов, пользующихся этой методикой (Н. М. Амосов, В. Жепецкий, А. Бирекая и др.), мы стремимся при наложении аппарата УКЛ соблюсти хотя бы относительно границы сегментов. При переходе воспалительного процесса на прилегающие сегменты типичная сегментэктомия трудна, а иногда и невыполнима. Применение комбинированной механической резекции позволяет избежать билобэктомии с неизбежной потерей здоровых сегментов. В таких случаях после обработки и пересечения корня пораженной доли производится дополнительная краевая или клиновидная механическая резекция инфильтрированного участка легочной паренхимы прилежащего сегмента. Из 9 комбинированных резекций у 6 больных производилось удаление верхней доли с иссечением шестого сегмента.

Стафилококковая деструкция легкого в последнее время привлекает все большее внимание хирургов. Это заболевание, чаще встречающееся у детей до 5 лет, характеризуется деструкцией легочной ткани различной локализации и протяженности. Здоровые участки легкого неизменно оказываются покрытыми панцирем плотных шварт; таким образом, резекция пораженной части легкого сочетается с обязательной декортикацией остающихся сегментов. По поводу стафилококковой деструкции легкого произведено 2 комбинированных резекции, 2 сегментарных и 2 краевых. Более подробно остановимся на технике выполнения плоскостной резекции.

В ряде случаев стафилококковая деструкция распространяется по поверхности легкого, причем процесс захватывает кортикальный и субкортикальный слои легкого, оставляя подлежащую паренхиму неизменной. В этих случаях известные методики резекции легкого неизменно будут сопровождаться удалением значительных участков здоровой легочной паренхимы (С. Л. Либов, Л. Е. Котович). Методом выбора, по видимому, должна явиться операция, при которой будет удален лишь пораженный поверхностный слой легкого. В настоящее время в клинике разрабатывается техника такой операции — плоскостной поверхностной резекции легкого. Плоскостная поверхностная резекция произведена у 7 детей с стафилококковой деструкцией легкого. У 5 больных операция осуществлялась путем подведения под пораженный участок одного или двух аппаратов УКЛ. Однако при этой методике легкое деформировалось.

При обширных стафилококковых деструкциях мы пользуемся вторым методом поверхностной плоскостной резекции. В основе его лежит наличие четкой границы между поверхностными инфильтрированными слоями и подлежащей здоровой, воздушной легочной паренхимой. Осторожно сдвигая тупферами легочную ткань от краев инфильтрата, хирург обнаруживает более плотные тяжи. Последние обходятся диссектором, последовательно лигируются и пересекаются. Таким образом, продвигаясь параллельно легочной поверхности, мы стремимся не углубляться в легочную паренхиму, но и не входить в зону инфильтрации. Операция проводится при полностью расправленном легком, что облегчает ориентировку. Применение этой методики обеспечивает экономное удаление всей поверхности поражения в пределах здоровых тканей. Раневая поверхность обрабатывается спиртом, при необходимости накладывается 2—3 атравматических шва, не деформирующих легочную строму. По этой методике выполнено 2 плоскостных резекции.

Изолированные кисты легкого различной этиологии явились причиной экономных резекций у 19 больных. При кисте, занимающей большую часть сегмента, мы считали показанной типичную сегментэктомия (9 наблюдений). Отметим, что у детей до года при хорошо выраженных межсегментарных соединительнотканых прослойках операция иногда производилась от периферии к центру. При краевом расположении кист выполнялись краевые (5) или клиновидные (2) резекции, у 3 больных произведены «кистэктомии». Технически при неосложненных кистах операция обычно не представляет трудностей, однако при нагноении кисты манипуляциям хирурга препятствуют массивные плевральные сращения.

Таким образом, из 360 различных вмешательств, произведенных по поводу хронических неспецифических заболеваний легких, у 143 больных выполнены экономные резекции (39,7%), в том числе 57 сегментарных, 57 комбинированных, 11 клиновидных, 8 краевых, 7 плоскостных поверхностных резекций.

В послеоперационном периоде самое тщательное внимание уделяется клинкорентгенологическому контролю за расправлением оставшегося легкого. В раннем послеоперационном периоде после сегментэктомий, особенно у детей, нередко возникают ателектазы, требующие активных мероприятий (усиленное откашливание, дыхательная гимнастика, применение аэрозолей с трипсином, аспирация мокроты, бронхоскопия). Массивная послеоперационная пневмония с затрудненным отделением мокроты являлась абсолютным показанием к трахеостомии. Последняя в значительной мере облегчает ведение послеоперационного периода у таких больных, обеспечивая туалет бронхиального дерева, аспирацию мокроты, при необходимости вспомогательное дыхание.

На 143 экономных резекции мы встретили 12 (8,3%) осложнений (эмпиема плевры, бронхиальный свищ). Умер один больной (0,7%). Анализ зависимости осложнений от заболевания и характера выполненной операции представлен в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Таблица 2

Характер заболевания	Число операций	Осложнения		
		Бронх. свищ	Эмпиема плевры	Умерло
Бронхоэктазии	84	1	2	—
Хрон. абсцесс легкого	27	5	3	1
Стафилококковая деструкция	13	2	1	—
Кисты легкого	19	—	—	—
Итого.	143	8	6	1

Характер вмешательства	Число операций	Осложнения		
		Бронх. свищ	Эмпиема	Умерло
Сегментэктомии	57	2	1	—
Комбинированные резекции	57	3	4	1
Клиновидные резекции	11	2	1	—
Краевые резекции	8	—	—	—
Плоскостные поверхностные резекции	7	1	—	—
Кистэктомии	3	—	—	—
Итого.	143	8	6	1

Наибольшее число осложнений было после операций по поводу хронического абсцесса легкого. Это обусловлено, как правило, массивностью воспалительных инфильтратов, обширными плевральными сращениями, увеличивающими травматичность вмешательств.

Относительно большее число осложнений после комбинированных резекций объясняется как объемом резекции, так и особенностями заболевания (большинство осложнений имело место после резекций, выполненных по поводу хронического абсцесса легкого).

Таким образом, экономные резекции легких являются одним из эффективных методов лечения нагноительных заболеваний легких, причем в зависимости от особенностей основного процесса меняется методика и техника резекции. При бронхоэктазиях преобладают сегментарные и комбинированные резекции, при хронических абсцессах легкого — «механические» комбинированные резекции, при стафилококковой деструкции — поверхностные плоскостные резекции.

Точный топический дооперационный диагноз, рациональная предоперационная подготовка и деликатно выполненная операция будут способствовать уменьшению числа билобэктомий и пульмонэктомий и увеличению количества экономных радикальных операций.

ЛИТЕРАТУРА

- Амосов Н. М., Дедков И. П. Хирургия. 1959, 1.—2. Герасименко Н. И., Пирогов А. И. Нов. хир. арх. 1962, 1.—3. Ермолаев В. Р. Груд. хир. 1962, 6.—4. Жепецкий В., Бирецкая А. Груд. хир. 1962, 6.—5. Колесников И. С., Ермолаев В. Р. Вестник хир. 1961, 1.—6. Либов С. Л., Котович Л. Е. Здр. Белоруссии. 1963, 12.—7. Хуан-Дзя-Сы, Ши-Мэй-Шин и др. Хирургия. 1958, 1.—8. Brock R. Lung Abscess. Oxford, 1952.—9. Churchill E., Belsey R. Ann. Surg. 1939, v. 109, 4, 481—499.—10. Crutcher R., Pellegrino E. Ann. Surg., 1960, 151, 5, 715—728.—11. Florena M., Bazan P. Minerva chir. 1956, 11/18, 861—874.—12. Metras H., Charpin J. a. oth. Abscess of the Lung. Surg. Gynec. Obstet. 1954, 98, 1, 43—44.

Поступила 20 апреля 1964 г.