

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ БРОНХОЭКТАЗИЙ

Проф. И. И. Неймарк

Зав. факультетской хирургической клиники Алтайского медицинского института

За последние годы значительно расширился диапазон хирургических вмешательств на легком при нагноительных процессах. Разработка техники экономных резекций, усовершенствование обезболивания, детальное изучение послеоперационных осложнений сделали возможными и радикальные вмешательства при двусторонних поражениях легких, в частности при бронхоэктазах.

Трудно переоценить значение проблемы хирургического лечения двусторонних бронхоэктазов.

Во-первых, при бронхоэктатической болезни двусторонний процесс встречается часто — от 10 до 33% (Н. М. Амосов и И. П. Дедков, 1959; С. Л. Либов и З. И. Левина, 1959; Картагенер, 1956; Вин-Вильямс, 1953). В нашей клинике было 18% двусторонних бронхоэктазов.

Во-вторых, двусторонние бронхоэктазы являются тяжелым заболеванием, чреватым грозными осложнениями, при котором часто только операцией можно спасти больного от неминуемой смерти.

Уже давно хирургами делались попытки произвести резекцию обоих легких по поводу бронхоэктазий. Эллесер еще 30 лет тому назад успешно произвел такую операцию. Тремя годами позже Льюис сообщил о двусторонней лобэктомии по поводу бронхоэктазий. Однако эти и последующие удачные вмешательства имели лишь казуистический интерес. Разработка строгой системы хирургического лечения двусторонних бронхоэктазов относится к пятидесятым — шестидесятым годам, о чем свидетельствуют работы Оверхольта (1953), Кержина (1953), А. П. Колесова (1957), Н. М. Амосова, М. Л. Шулутко (1957) и других. Однако и до сих пор хирургическое лечение двусторонних бронхоэктазий не получило широкого распространения. По данным С. Л. Либова, к 1959 г. в отечественной литературе описано не более 20 двусторонних операций на легком. К настоящему времени, хотя число этих вмешательств заметно увеличилось, большинство авторов описывает лишь отдельные наблюдения без обобщающих выводов. Поэтому нам казалось целесообразным сообщить о наших немногочисленных наблюдениях.

К решению вопроса о показаниях к операции у больных с двусторонними бронхоэктазами следует подходить с большой ответственностью и осторожностью. Приходится учитывать не только распространенность процесса, его локализацию в каждом легком, но и клинические формы болезни и особенности их течения.

Небольшой опыт нашей клиники совпадает с теми литературными указаниями (А. П. Колесова, Гинзберг, 1955), согласно которым операция мало эффективна и дает рецидивы у больных с бронхоэктазами, склонными к распространенному, диффузному, прогрессирующему поражению легких. При этой форме бронхоэктатической болезни нередко наблюдается сопутствующий астматический бронхит. У 8 больных с данной формой бронхоэктатической болезни, имевшей тенденцию к прогрессированию, мы отказались от операции, а проводили консервативное лечение: повторные бронхоскопии под наркозом с эвакуацией гноя и местным введением антибиотиков широкого спектра действия. Под влиянием этой терапии их состояние улучшалось, и они были выписаны.

При решении вопроса о показаниях к операции следует объективно оценить предел возможной резекции легкого. Этот вопрос еще не достаточно ясен. С. Л. Либов у трех пациентов удалил по 12 сегментов, А. П. Колесов и С. А. Гаджиев (1960) — 13,5 сегментов. П. А. Куприянов и А. П. Колесов (1961) считают, что удаление 13 сегментов при оставлении трех верхних сегментов в каждом легком является практическим пределом для двусторонней резекции легких. Мы вынуждены были воздержаться от операции у 10 больных из-за обширности поражения. У них были вовлечены в процесс все легкие на одной стороне и одна из долей на другой.

Показанием для операции при двусторонних бронхоэктазах являются стационарно протекающие расширения бронхов, не склонные к прогрессированию, при наличии не менее 3 здоровых верхних сегментов в каждом легком, если нет противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы и паренхиматозных органов и др.

План операции при двусторонних бронхоэктазах должен быть строго индивидуализированным. Надо решить: оперировать одномоментно или в два этапа? Каким доступом и с какой стороны выгоднее начинать операцию? Литературные указания по этому вопросу противоречивы.

Одномоментная операция имеет ряд преимуществ перед двухмоментной. Она сразу избавляет больного от гнояного очага, нет того тяжелого послеоперационного периода, который обычно имеет место после первого этапа двухмоментной операции, и больной освобожден от тягостного ожидания повторного вмешательства. Однако одномоментная операция требует не очень обширных изменений в легких, высокой

квалификации хирурга и анестезиолога, настолько хорошего состояния больного, чтобы он мог перенести операцию сразу на обоих легких.

У нас сложилось впечатление, что безопаснее оперировать в два этапа. Рискованно одномоментное вмешательство на обоих легких, а тем более одновременно вскрывать обе плевральные полости двумя бригадами хирургов.

При двухэтапных вмешательствах первая операция производится на более пораженном легком. В ряде случаев изменения в другом легком незначительны и после первой операции и устранения основного гнойного очага хорошо поддаются консервативному лечению. У 12 оперированных нами больных поражения в одном легком были значительно обширнее, нежели в другом. После односторонней резекции легкого на стороне наибольшего поражения и применения комплексной противовоспалительной и укрепляющей терапии у них наступило клиническое выздоровление, и от второй операции мы воздержались. Если первая операция не приводит к полному выздоровлению, то она, по крайней мере, значительно улучшает состояние, уменьшает интоксикацию и позволяет более рационально подготовить больного к операции на втором легком. Вторая операция производится через 3—6 месяцев после первой.

Послеоперационное ведение больных двусторонними бронхоэктазами требует особого внимания и специальных мер борьбы с дыхательной недостаточностью.

Основное внимание должно быть уделено поддержанию свободной проходимости дыхательных путей. Для этого важно как можно раньше восстановить кашлевой рефлекс (дыхательная гимнастика, щелочные ингаляции, позиционный дренаж и др.). При застое мокроты, с выведением которой больной не справляется, показано отсасывание ее из трахеи или бронхов с помощью катетера или бронхоскопа. Если эти меры неэффективны, то необходимо незамедлительно наложить трахеостому. В эффективности трахеостомии для борьбы с послеоперационной дыхательной недостаточностью мы убеждались много раз. На это указывают также многие хирурги, оперирующие на легком (А. П. Колесов, И. С. Колесников, В. И. Стручков, Н. М. Амосов и др.). Особенно полезна трахеостома у детей, которых трудно заставить после операции откашливать мокроту. Наложением трахеостомы нам удалось предупредить тяжелые осложнения у многих больных после операции. Из приводимой ниже истории болезни ребенка с двусторонними бронхоэктазами видно, что нам пришлось трахеостому накладывать дважды.

Л., 9 лет, страдает бронхоэктатической болезнью с десятимесячного возраста; 2—3 раза в год переносила обострения, постоянно кашляла и выделяла до 800 мл гнойной мокроты. При обследовании в клинике обратили внимание на пониженное питание девочки, граничащее с истощением, бледность кожи, цианоз губ. Выявлены бронхоэктазы в обоих легких. Справа поражены нижняя доля и внутренний сегмент средней доли, слева — нижняя доля. Пораженные доли ателектазированы, здоровые участки викарно расширены. Имеется выраженная анемия (гем. — 45%, Э. — 3000000, Л. — 14000). На второй день после бронхоскопии у больной наступил острый отек гортани и резкая дыхательная недостаточность, что и явилось показанием для трахеостомии. Спустя 5 дней после этого больная оперирована под интратрахеальным наркозом с управляемым дыханием. После раздельной обработки элементов корня удалены нижняя доля и внутренний сегмент средней доли. Оставшаяся верхняя доля больших размеров хорошо расправилась и заняла всю плевральную полость. В плевральную полость введены два дренажа, верхний подключен к постоянному аспиратору. После операции состояние больной было тяжелым. Выраженная дыхательная недостаточность, цианоз, хлопочущее дыхание. Систематическая аспирация гноя и слизи из трахеи через трахеостому постепенно улучшила состояние ребенка. На 11-й день после операции удалена трахеостомическая трубка. Спустя 3 недели после операции больная выписалась в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем уменьшился кашель и количество выделяемой мокроты, улучшился аппетит, прекратились периодические подъемы температуры. Однако кашель полностью не исчез, мокроты выделялось до 200 мл в сутки, беспокоили боли в левой половине грудной клетки и чувство недомогания. При обследовании установлено, что оставшаяся часть правого легкого хорошо расправилась, а слева нижняя доля ателектазирована и поражена мешковидными бронхоэктазами.

Спустя 6 месяцев после первой операции под интратрахеальным наркозом с управляемым дыханием удалена ателектазированная нижняя доля левого легкого. Верхняя доля воздушна, заполняет всю плевральную полость. В послеоперационном периоде девочка плохо откашливала мокроту. Быстро прогрессировали явления дыхательной недостаточности. Спустя сутки после операции больной наложена трахеостома, через которую систематически удалялись слизь и гной. Состояние больной прогрессивно улучшалось. Наступило выздоровление.

Приведенное наблюдение поучительно, так как подтверждает эффективность резекции обоих легких при двусторонних бронхоэктазах. Двухэтапная операция у ослабленного, истощенного ребенка оказалась более целесообразной, а трахеостомия оказалась благотворное влияние в послеоперационном периоде.

У другого нашего больного с двусторонними бронхоэктазами произведена лобэктомия более пораженного легкого. Тяжелое послеоперационное течение потребовало наложения трахеостомы. Состояние больного улучшилось. В настоящее время он готовится ко второму этапу операции на втором легком.

Из 32 больных с двусторонними бронхоэктазами у 18 мы от операции воздержались из-за прямых противопоказаний. У 12 произведена односторонняя резекция легкого, в другом легком изменения были небольшие. Под влиянием консервативной послеоперационной терапии у них наступило выздоровление. Одной больной произведена двухэтапная резекция обоих легких. Один больной готовится на вторую операцию — резекцию второго легкого. Все оперированные больные выздоровели.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что хирургическое лечение больных с двусторонними бронхоэктазами открывает большие перспективы перед врачами. Объективная оценка состояния больного и правильная постановка показаний к операции обеспечивают ее успех.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М., Дедков И. П. Хирургия. 1959, 1. — 2. Колесников И. С. Резекция легких. Медгиз, М., 1960. — 3. Колесов А. П. Вестн. хир. 1959, 9. — 4. Колесов А. П. и Гаджиев С. А. Груд. хир. 1960, 3. — 5. Куприянов П. А. и Колесов А. П. Многотомное руководство по хирургии. Медгиз, М., 1960, т. V. — 6. Левина З. И. Хирургия. 1964, 1. — 7. Либов С. Л. и Левина З. И. Там же. 1959, 1. — 8. Шулутко М. Л. Там же. 1957, 4. — 9. Overholt a. oth. Bull. New. Engl. Med. Centr., 1952, v. 14, p. 1. — 10. Wynn-Williams. Brit. med. journ. 1953, 1. — 11. Eloesser. Surg. Gynec. Obst., 1933, 57. — 12. Kartagener M. Die Bronchiektasien Handbuch der inneren medicin. IV, 2, Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1956. — 13. Lewis. Brit. Journ. Surg. 1936, 24. — 14. Ginsberg a. oth. Surg. Gynec. a. Obst. 1955, 101.

Поступила 17 февраля 1964 г.

БРОНХОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕГОЧНЫХ НАГНОЕНИЯХ

*Проф. О. С. Радбиль, канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн,
И. Г. Филиппова*

Отделение грудной хирургии (зав. — канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн)
дорожной клинической больницы (главврач — В. Г. Колчин)
и вторая кафедра терапии (зав. — проф. О. С. Радбиль)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вопрос о хронических легочных нагноениях и месте, которое они занимают в патологии легких, в последнее время снова привлекает большое внимание и является предметом дискуссии в связи с успехами легочной хирургии.

Всего за 1961—1962 гг. под нашим наблюдением было 192 больных, страдавших хроническими заболеваниями легких. Среди них преобладающее место (140) занимали больные хроническими неспецифическими нагноениями. У остальных были обнаружены новообразования легких (у 37) и туберкулез легких (у 15). Все больные были подвергнуты комплексному клиническому обследованию, в том числе бронхографии под наркозом. Последний метод обследования, кроме того, применялся по соответствующим показаниям у больных, находившихся на лечении в других отделениях больницы или в поликлинике.

Мы имеем возможность проанализировать 183 бронхограммы.

Мужчин было 121 и женщин 57, в том числе детей до 16 лет 39 (21 мальчик и 18 девочек).

На бронхограммах были установлены деформирующий бронхит, бронхоэктазы и бронхоэктазы в сочетании с деформирующим бронхитом.

У больных деформирующим бронхитом обнаруживались локальные или чаще диффузные изменения бронхов в виде неровностей контуров, неравномерности просвета. Бронхи были вытянуты или укорочены, по ходу их встречались четкообразные утолщения, отсутствовало постепенное истончение бронхов соответственно их порядкам — изменение ширины просвета происходило скачкообразно. Бронхи 3—5 порядка бывали резко утончены либо расширены.

Бронхоэктазы были мешотчатыми, цилиндрическими или смешанными.

У некоторых больных были сочетанные изменения, свойственные обоим упомянутым заболеваниям.

Следует отметить, что, несмотря на наличие некоторых переходных форм, выделение этих трех групп представляется вполне обоснованным и при изучении бронхограмм не вызывает затруднений.

Распределение больных в зависимости от характера процесса и пола приводится в таблице 1.