

Проводили диатермокоагуляцию склеры вокруг разрыва и дна кармана. В склеральный карман вкладывали пломбу, затягивали и завязывали супраимидные швы.

Циркляжную ленту проводили под прямыми мышцами, закрепляли в 4 меридианах II-образными супраимидными швами таким образом, чтобы лента в дальнейшем проходила над пломбой. Концы ленты скрепляли муфтой из силиконовой трубочки обычно в нижненаружном квадранте.

Для получения наиболее типичного вала вдавления высотой 2 мм силиконовую ленточку, свободно проходящую по экватору глаза и соответствующую по длине его окружности, следует натягивать и укорачивать на 12 мм.

Вначале концы циркляжной ленты проводили через муфту, без натяжения. Делали отметки раствором бриллиантового зеленого на ленте у краев муфты. Затем натягивали ленту и измеряли расстояние между краями муфты и отметками зелени. Натяжные ленты проводили под контролем глазного дна. У 3 оперированных перед натяжением ленты выпускали субретинальную жидкость.

Полное прилегание сетчатки наступило у 23 пациентов, неполное — у 2; у 2 больных с пузыревидной тотальной отслойкой сетчатка не прилегла.

Осложнений во время операции не было. У 1 больного возник рецидив отслойки сетчатки; после повторной операции сетчатка прилегла.

Острота зрения у больных до операции и при выписке из больницы представлена в таблице.

Острота зрения до операции и при выписке из больницы

Острота зрения	До операции	После операции
0,6—1,0	2	3
0,1—0,5	14	15
0,01—0,09	9	7
1		
∞ р. С.	2	2

При выписке из больницы суммарное поле зрения в 12 меридианах у лиц с полным прилеганием сетчатки после операции составило 683°, тогда как при поступлении их в стационар оно было равно 454°.

Циркулярное вдавление силиконовой резиной по механизму действия принципиально отличается от циркляжа нерастяжимой нитью: оно обеспечивает эластичный или «динамический» циркляж (в отличие от «статического» при применении нерастяжимой нити), благодаря чему вал вдавления постоянно имеет тенденцию к сближению с сетчаткой. Кроме того, уменьшается опасность прорезания склеры, можно чаще проводить операции без пункции и выпуска субретинальной жидкости, вдавление оболочек хорошо коррелирует с изменениями внутриглазного давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пивоваров Н. Н., Багдасарова Т. А. Вестн. офтальмол., 1977, 2.—
2. Филатов С. В. Отслойка сетчатки. М., Медицина, 1978.

Поступила 5 мая 1981 г.

УДК 616.24—002.3+616.24—002.364]—089.8

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ И ГАНГРЕНЫ ЛЕГКИХ

Е. А. Вагнер, В. М. Субботин, В. Д. Фирсов, В. А. Черкасов,
В. И. Ильчишин, А. П. Кубариков

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. Е. А. Вагнер)
Пермского медицинского института

Реферат. Обобщен опыт лечения 263 больных с острыми абсцессами и гангреной легких. Острые абсцессы подлежат преимущественно консервативному лечению, оперативные вмешательства осуществлены в 13%. При гангрене легкого консервативное лечение и паллиативные операции бесперспективны. Предпочтение отдается ранним радикальным операциям, выполняемым до возникновения опасных осложнений. Указываются возможные пути снижения летальности при острых легочных нагноениях.

Ключевые слова: острые абсцессы и гангрена легких, оперативное лечение. Библиография: 9 названий.

Лечение острых легочных нагноений до настоящего времени является актуальной проблемой пульмонологии. Летальность и инвалидность в результате гангренозных абсцессов и особенно гангрены легкого остаются высокими как при консервативном, так и при оперативном лечении [7, 86].

За период с 1969 по 1980 г. мы наблюдали 263 больных с острыми нагноениями легких. Среди них с острыми гнойными абсцессами было 182 больных, с гангренозными — 12. Возраст составлял от 16 до 52 лет. Продолжительность лечения в других учреждениях колебалась от 10 до 40 дней.

У 133 больных острые абсцессы возникли на фоне пневмонии (их частота заметно возрастала после гриппозных эпидемий), у 9 они были проявлением сепсиса, у 8 — следствием травмы грудной клетки и у 4 — инородного тела; у 28 пациентов причину абсцедирования установить не удалось.

Особенно значительная роль в образовании острых абсцессов легких принадлежит дефектам лечения пневмонии (нерациональное назначение или недостаточная доза антибиотиков, поздняя госпитализация, робкое внедрение в терапевтических стационарах эндобронхиальных методов лечения).

Всем больным с острыми абсцессами проводили комплексную антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры и обязательным введением препаратов эндотрахеально. По показаниям применяли пункции или дренирование абсцесса через грудную стенку. Большое внимание уделяли стимуляции защитных сил, применению иммунных препаратов.

Из 158 больных, леченных консервативно, умерло 24 (15,2%). Причинами смерти были множественные и двусторонние абсцессы, сепсис, кровотечение, пиопневмоторакс и др.

Оперативному лечению подвергнуты 24 (13,2%) больных с острыми абсцессами. Показаниями к операции мы считали кровотечение, напряженный пневмоторакс и эмфизему средостения, которые не удавалось корригировать дренированием, а также отсутствие эффекта от интенсивной консервативной терапии. У 4 пациентов осуществлена пульмонэктомия, у 2 — билобэктомия и у 18 — лобэктомия. Умерло после операций 3 больных от послеоперационной пневмонии.

Из 12 больных с гангренозными абсцессами у 8 применено консервативное лечение, умерло 4. Из 4 оперированных умерло 3, то есть в целом летальность была очень высокой. Анализ причин летальных исходов показывает, что оперативное лечение было выполнено поздно — уже при наличии септических осложнений, эмпиемы плевры, нагноения мягких тканей грудной клетки.

Следовательно, основным методом лечения острых абсцессов легких остается комплексная интенсивная консервативная терапия в условиях специализированных хирургических стационаров. При отсутствии эффекта от консервативного лечения, особенно у больных с гигантскими абсцессами, следует, не откладывая, произвести операцию, до возникновения осложнений и развития тяжелого септического состояния.

Если вопросы лечения острых абсцессов легких получили в литературе довольно широкое отражение, то проблеме гангрены легкого уделено меньше внимания даже в руководствах по легочной хирургии [5, 7, 8а].

До настоящего времени дискутируется тактика ведения больных гангреной легкого: не выработано единого мнения о показаниях, сроках и объеме оперативного вмешательства. Многие хирурги отдают предпочтение пневмотомии с удалением секвестров и дренированием плевральной полости [1, 3, 5, 8а]. В последние годы в ряде работ выдвигается положение о целесообразности радикальных операций при гангрене легкого [2, 4, 6, 8б].

Под нашим наблюдением было 69 больных с распространенной гангреной легкого (возраст — от 20 до 50 лет), в том числе 38 с правосторонней локализацией процесса и 31 с левосторонней. Преобладали мужчины (62); лица физического труда составили 80%. У 70% больных установлен хронический алкоголизм.

Большая часть больных поступала из районов области после безуспешного лечения по поводу абсцедирующей пневмонии. К моменту поступления у $\frac{2}{3}$ больных уже имелись серьезные осложнения: пневмония контрлатерального легкого, сепсис, флегмона грудной стенки, пиопневмоторакс, эмпиема плевры, кровотечение или кровохарканье и др.

Микрофлора мокроты и содержимого плевральной полости в 95% оказывалась полностью резистентной к подавляющему большинству применяемых антибиотиков. Преобладали стафилококк (37%), кишечная палочка (25%), микст-формы (20%).

До настоящего времени существует разноречие в определении диагноза гангрены легкого, гангренозного абсцесса и острого абсцесса с распространенной зоной поражения легочной ткани. Только с учетом данных патоморфологического исследования можно окончательно сформулировать диагноз. В клинической практике чаще приходится руководствоваться характерной клинико-рентгенологической картиной заболевания.

Основанием для постановки диагноза гангрены легкого были характерные клини-

ческие данные: общее тяжелое состояние, выраженная интоксикация, гектическая температура, выделение обильной (до 500—1000 мл в сутки и более) зловонной мокроты с обрывками легочной ткани. Рентгенологически определялись участки распада легкого с наличием секвестров и уровнем жидкости.

Всем больным сразу после поступления начинали проводить массивную комплексную эндобронхиальную терапию, включающую применение бронхолитиков, протеолитических ферментов, хлорофиллипта, димексид. Характерным для гангрены легкого было отсутствие выраженного эффекта от введения препаратов путем чрезкожной катетеризации трахеи, применения лечебных бронхоскопий, трансторакальных пункций, дренирования плевральной полости.

Ранее мы производили радикальные операции при возникновении осложнений, опасных для жизни, — кровотечений в дыхательные пути или плевральную полость, не поддающегося дренированию напряженного пиопневмоторакса, а также при отсутствии эффекта от длительного консервативного лечения [2]. Послеоперационная летальность при такой тактике составляла 80%.

Опыт убедил, что даже самая рациональная консервативная терапия не способна приостановить процесс деструкции и интоксикации при распространенной гангрене легкого. Из 38 консервативно леченных больных все умерли. Основными причинами смерти были прогрессирующая гангрена и сепсис, кровотечение в дыхательные пути с аспирацией, пневмония второго легкого, необратимые изменения внутренних органов.

В настоящее время в клинике принята более активная хирургическая тактика. Радикальные операции больным гангреной легкого мы производим чаще в первые 10—14 дней пребывания их в клинике после интенсивной комплексной предоперационной подготовки, которая включает введение максимально допустимых доз антибиотиков широкого спектра действия местно в легкое или плевральную полость и внутривенно, повышение иммунных сил организма с помощью средств активной и пассивной иммунизации, переливания крови, белковых и солевых кровезаменителей, плазмы и др. Из 11 больных, оперированных в ранние сроки, до развития осложнений умерло 5. Благодаря такой тактике удалось снизить летальность до 46% против 80% у практически одинакового контингента больных.

Мы отказались от пневмотомии, так как эта операция не дает желаемого эффекта. Все 4 больных, которым были сделаны пневмотомии, умерли. Это объясняется тем, что пневмотомии производились крайне тяжелым больным — с двусторонним процессом или явными противопоказаниями к радикальной операции. Больные умерли от дальнейшего прогрессирования гангрены, сепсиса и кровотечения.

Единственным средством спасения жизни больному гангреной легкого, по нашему мнению, является пульмонэктомия, хотя она и обрекает выживших больных в большинстве случаев на тяжелую инвалидность.

Спорным считается вопрос об оперативном доступе при гангрене легкого. Некоторые хирурги предпочитают задний доступ [9], другие пользуются передним [6]. Мы во всех случаях производили стандартную боковую торакотомию по 5-му межреберью под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией бронхов. Боковой доступ сочетает достоинства переднего и заднего. Элементы корня легкого при пульмонэктомии обрабатывали раздельно, культю бронха старались плевризировать медиастинальной плеврой.

После удаления распадающегося легкого, являющегося источником тяжелой интоксикации, состояние больных значительно улучшается. Особенно это заметно в первые несколько дней после операции. Затем, по мере нагноения плеврального экссудата и неизбежного развития эмпиемы плевры, состояние больных постепенно ухудшается, появляется высокая температура, нарастает интоксикация. Основное внимание в послеоперационном периоде уделялось лечению эмпиемы плевры. Несмотря на тщательную санацию плевральной полости, у 28 из 31 больного после пульмонэктомии продолжалась эмпиема плевры, которая у 25 из них поддерживалась бронхальным свищем. Как правило, несостоятельность культи бронха возникала на 6—7-е сутки после операции. Нагноение раны после операций отмечено у 12 больных, из них у 4 оно сопровождалось расхождением краев раны и остеомиелитом ребер. У 3 больных осложнений не было. Все они — молодые люди (до 35 лет), оперированные в ранние сроки (до 10 дней), с длительностью заболевания до 30 дней. Из 12 выживших больных 5 выписаны с бронхальным свищем и эмпиемой плевры, 3 — с санированной эмпиемой полости.

Отдаленные результаты прослежены у 7 больных. 4 из них в условиях стационара периодически проводится санация небольшой эмпиемой полости. У 1 больного после успешной операции по поводу бронхального свища полость эмпиемы саниро-

вана. У 2 чел. плевральная полость облитерировалась. Судьба оставшихся 5 больных неизвестна. Сроки наблюдения составили от 0,5 года до 5 лет.

Таким образом, консервативное лечение гангрены легкого бесперспективно, летальность при отсутствии хирургического вмешательства достигает 100%. По нашему опыту, пульмонэктомия пока остается, к сожалению, единственным средством спасти жизнь хотя бы части этих крайне тяжелых больных. Операцию следует производить в первые 10—14 дней пребывания в стационаре, не дожидаясь возникновения опасных осложнений, но с учетом реальных возможностей успеха.

Пути снижения летальности при острых гнойных заболеваниях легких мы усматриваем в рациональном лечении пневмонии на ранних этапах, срочной госпитализации в специализированные хирургические стационары при абсцедировании и в разном сочетании консервативных и оперативных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н., Колесникова Р. С. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких. М., Медицина, 1961.—2. Вагнер Е. А., Фирсов В. Д., Смоленко С. В., Субботин В. М. Грудн. хир., 1971, 5.—3. Вахидов В. В. Мед. журн. Узбекистана, 1972, 12.—4. Горшков Ю. И. Хирургическое лечение гангрены и осложненных абсцессов легких. Автореф. докт. дисс. Горький, 1976.—5. Колесников И. С., Вихриев Б. С. В кн.: Руководство по легочной хирургии (под ред. И. С. Колесникова). Л., Медицина, 1969.—6. Пастухов Н. А. Вестн. хир., 1975, 12.—7. Руководство по пульмонологии (под ред. Н. В. Путова и Г. Б. Федосеева). Л., Медицина, 1978.—8. Стручков В. И. а) Гнойные заболевания легких и плевры. Л., Медицина, 1967; б) В кн.: Тезисы XVIII пленума правления Всесоюзного научного общества хирургов. Рязань, 1980.—9. Феофилов Г. Л. Грудн. хир., 1970, 1.

Поступила 13 января 1981 г.

УДК 618.19—002—089.844

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА

В. К. Константинов, В. Я. Семкин

Клиника госпитальной хирургии (зав. — проф. И. И. Клюев) Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева

Реферат. У больных с тяжелым послеродовым маститом наряду с обычной интенсивной комплексной терапией для улучшения исхода заболевания с успехом использована аутодермопластика.

Ключевые слова: мастит, аутодермопластика.
Библиография: название.

В последние годы широко стали применять аутодермопластику при закрытии значительных дефектов кожного покрова после глубоких ожогов, отморожений, травм, при длительно не заживающих язвенных процессах, после некоторых оперативных вмешательств. Мы располагаем небольшим опытом применения аутодермопластики при лечении гнойных послеродовых маститов.

Под нашим наблюдением находились 342 больные с лактационными маститами. Тяжелая форма послеродового мастита с явлениями сепсиса наблюдалась у 34 женщин, из них у 11 развился некроз кожи и подкожной клетчатки на обширной площади молочных желез.

Состояние при поступлении у всех 11 женщин было тяжелым. Они жаловались на боли в молочных железах, резкую слабость, озноб, общее недомогание. Содержание гемоглобина было снижено до 1,0—0,7 ммоль/л, количество лейкоцитов составляло от $9 \cdot 10^9$ до $21,4 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ достигала 67 мм/ч. При осмотре отмечался некроз кожи и подкожной клетчатки одной или обеих молочных желез с умеренным или обильным гнойным отделяемым.

При посеве гноя у 8 больных найдены золотистые стафилококки, устойчивые к пенициллину, эритромицину, левомицетину, но чувствительные к ристомичину и олеандомицину; у 2 — палочки из рода *Proteus mirabilis*, устойчивые к пенициллину, ристомичину, мономицину, но чувствительные к тетрациклину, неомицину и стрептомицину; у 1 больной — палочки сине-зеленого гноя, чувствительные к левомицетину, эритромицину, мономицину, неомицину, но устойчивые к тетрациклину и стрептомицину.