

## ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ЭМПИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКОМ И ПИЩЕВОДЕ

Ю. А. Ратнер

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

Гнойный плеврит после операций на внутригрудных органах, главным образом на легком и пищеводе, является и в наше время наиболее частым и грозным осложнением. Микробная флора нередко оказывается устойчивой к антибиотикам. Развитие инфекции после резекции легкого или пищевода немало зависит от характера заболевания, возраста больного, профилактики до и после операции и опыта оператора. Процент нагноений плевры по материалам различных хирургов колеблется в значительных размерах — от 3,6 (В. И. Стручков) до 14,7 (Н. Д. Гарин) (наши данные — 12%).

В своем кратком сообщении мы объединили наблюдения над плевральной эмпиемой, возникающей с разной частотой после резекции как легкого, так и пищевода. Пути профилактики и в особенности лечения плевральной инфекции в основном совпадают.

Мы коснемся вначале современных возможностей профилактики инфекции при операциях на легком. Кроме антибиотиков до и после операции очень важной является санация бронхиального дерева всеми средствами, вплоть до аспирации и местной антибиотикотерапии, особенно при нагноительных процессах легких. К сожалению, многие больные встают против этих частых неприятных процедур.

Не меньшее значение имеет профилактика инфекции во время операции на легком. Мы имеем в виду методы обработки бронхиальной культи. Плевральная эмпиема без бронхиального свища, по нашим и литературным данным, встречается реже. Большинство советских авторов отмечает заметное уменьшение числа послеоперационных бронхиальных свищей при механическом ушивании бронхиальной культи аппаратом УКЛ (в 2—3 раза). Это совпадает с нашими наблюдениями. Однако полная ликвидация этого осложнения едва ли возможна в настоящее время. Дело не только в методе обработки бронха, но и в состоянии слизистой, характере заболевания и степени радикализма операции, а также съеме ее.

Культю бронха после пульмонэктомии мы обычно не плевритизируем (это редко возможно за счет медиастинальной плевры). В. И. Стручков предлагает использовать для укрытия культи бронха бронхоперикардальную связку. Н. Д. Гарин рекомендует фиксацию жировых подвесок перикарда. Г. К. Ткаченко накладывает капроновую ткань поверх танталовых скрепок. Мы несколько раз для укрепления швов и остановки капиллярного кровотечения в окружности бронхиальной культи применили свободный лоскут грудной или же межреберной мышцы. В отличие от многих более опытных хирургов, мы ушиваем элементы корня легкого УКЛ *en masse*; нижнедолевую вену перевязываем отдельно до наложения УКЛ, обычным ручным методом, по общим правилам, и вполне довольны видоизмененной методикой. В общем при механическом шве бронхиальной культи свищи возникают реже, чем при ручной изолированной обработке элементов корня легкого (Н. Д. Гарин).

При лобэктомии культи бронха прикрываем соседней долей, а при сегментэктомии этой проблемы не существует вовсе. При атипичной или клиновидной резекции мы за последнее время пользуемся аппаратом УКЛ с механической плевритизацией (второй погружной шов). Все же в одном случае мы наблюдали позднее возникновение бронхиального свища и, как следствие, развитие плевральной эмпиемы. Наши данные подтверждают выводы Ф. Г. Углова, Н. Д. Гарина и др. о более частом развитии бронхиального свища после резекции легкого справа (более широкий диаметр бронха) и при центральной локализации рака по сравнению с периферической.

Плевральная эмпиема без бронхиального свища возникает чаще после трудных резекций легкого по поводу полостного гнойника, вскрытого при мобилизации, или поступления гноя из пересеченного бронха, реже при доброкачественных и злокачественных опухолях легкого, туберкулезе. Мы видели также (и не один раз) возникновение эмпиемы вследствие перехода инфекции с мягких тканей грудной клетки.

Мы, как и Н. И. Герасименко, часто отмечаем нечувствительность раневой флоры к пенициллину и стрептомицину и значение при этом стафилококковой инфекции. Рекомендуем им в целях профилактики ультрафиолетовое облучение операционной у нас не дало заметного успеха. Ф. И. Горелов и др. предлагают применять антибиотики широкого спектра (мономицин, колимицин, мицерин) в больших дозах и ежедневно. М. Б. Шмерельсон (из клиники Б. А. Королева) при нечувствительной к антибиотикам флоре вводит стафилококковый антиотоксин.

Профилактика плевральных эмпием после трансплевральной резекции пищевода до операции в общих чертах та же, что при резекции легкого (пульмонэктомии). Во время операции необходимо тем или иным способом укрепить пищеводно-кишечный (же-

лудочный) мало надежный анастомоз, с чем согласно большинство хирургов. Для этой цели предлагаются медиастинальная плевра, сальник, мезоколон, диафрагма. Мы пользуемся чаще всего кишечной муфтой по Грехему — Гиляровичу и считаем ее наилучшей мерой укрепления анастомоза. Но, кроме того, нам кажется важным применение асептического анастомоза (электрохирургического или механического). Недостаточность анастомоза значительно снизилась, на наш взгляд, благодаря упомянутым методикам. Плевральный дренаж, обязательный во всех случаях резекции пищевода, не только устанавливает наличие гноя (поступление его по трубке), но и служит для выведения его наружу путем периодического откачивания или устройства сифона, а также используется при надобности активной аспирации и антибиотикотерапии. В. И. Стручков и соавт. добавляют к этой терапии гидрокортисон. Такое лечение (в основном консервативное) проводится всеми хирургами при возникшей плевральной эмпиеме после резекции легкого и пульмонэктомии.

Диагностика эмпиемы не представляет труда даже при закрытой наглухо полости плевры после удаления легкого. Инфекция плевры определяется как по общим симптомам (высокая температура, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево), так и местным клиническим (притупление перкуторного звука, смещение средостения, одышка) и в особенности рентгеновским (тень от жидкости с горизонтальным уровнем). Решающим фактором служит характер жидкости, поступающей по дренажу после лобэктомии и частичной резекции легкого, а при осумкованном выпоте — результат плевральной пункции (так же, как после пульмонэктомии). Желательно бактериологическое изучение добытой гнойной жидкости для подбора антибиотиков. Если периодические откачивания не ведут к цели, в особенности при наличии бронхиального свища, следует установить сифон путем проведения дренажной трубки или катетера через разрез в 8 или 9-м межреберном промежутке сзади и, по возможности, прибегнуть к активной аспирации, если к этому нет серьезных противопоказаний. В большинстве случаев консервативное лечение при острых плевральных эмпиемах без бронхиального свища ведет к выздоровлению без оперативного вмешательства. Worse прогноз при специфических послеоперационных плевральных эмпиемах. Они, как правило, переходят в хроническую форму и требуют затем для ликвидации процесса повторных операций.

Следует признать, что терапия при плевральных эмпиемах в основном не претерпела больших изменений в послевоенном периоде (за исключением внедрения антибиотиков). Тем более нет оснований в наше время при остром гнойном плеврите прибегать к повторной операции. Эти взгляды нашли отражение в 4 монографиях, вышедших из нашей клиники по этому вопросу до и вскоре после войны, в 2 сборниках военного времени и в многочисленных журнальных статьях.

В сущности то же самое можно сказать и о тактике хирургов в отношении хронических плевральных эмпием и бронхиальных свищей мирного времени, с учетом, разумеется, больших возможностей, возникших в настоящем.

По нашим наблюдениям, хронические эмпиемы без свищей могут быть ликвидированы лишь после повторной операции. Характер вмешательства зависит от ряда обстоятельств. Основная идея заключается в сочетании экономной торакопластики с декортикацией легкого и частичной плеврэктомией (париетальной). Наш небольшой материал последнего времени подтверждает опыт военных лет, освещенный в печати и устно. Главным условием успеха в таких случаях является предварительная широкая плевротомия для эвакуации гнойной жидкости. Пластическая операция не имеет шансов на успех в инфицированном поле.

Гораздо труднее решается задача при наличии бронхиального свища. В годы войны после долгих исканий мы получили хорошие результаты от добавления к торакопластике и декортикации легкого мышечной пластики по Абражанову. Этот принцип может быть использован также при остаточной полости с бронхиальным свищем после резекции легкого.

Но как поступить при бронхиальном свище, возникшем после пульмонэктомии? Повторная пластическая операция на культе бронха трудна и малонадежна, в особенности у раковых больных. Мы предпочитали в таких случаях не вмешиваться и ограничиться постоянным дренажем плевральной полости (дренаженосители). У нераковых больных мы наблюдали в течение многих лет вполне удовлетворительное состояние. Именно у этой группы больных с незаживающим бронхиальным свищем могут быть предприняты сложные пластические операции. Б. В. Петровский сообщает о 23 пластических операциях на трахее и бронхах (реампутация) по поводу бронхиального свища после пульмонэктомии из трансплеврального или транстернального доступа с 11 смертельными исходами. Высокая смертность после пластических операций удерживает большинство хирургов от рискованного вмешательства. На наш взгляд, будущее за эндобронхиальными методами.

Но еще труднее положение хирурга при пищеводных свищах. Повторные операции с целью ликвидации свища, в особенности у раковых больных, безусловно отпадают. Нельзя рассчитывать на успех даже у молодых субъектов после операций по поводу доброкачественных заболеваний пищевода или кардиального отдела желудка в условиях гнойной инфекции. Как правило, приходится ограничиваться гастростомией или еюностомией в случаях гастрэктомии. Они оправданы по необходимости, за неимением других средств. Дренаж плевры, разумеется, сохраняется.