

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ АТЕЛЕКТАЗЫ ОСТАВШЕГОСЯ ЛЕГКОГО

Я. Д. Безман

*Клиника факультетской хирургии (зав. — проф. Г. Л. Ратнер)
Куйбышевского медицинского института*

Благодаря успехам анестезиологии и улучшению техники оперативного вмешательства такое грозное осложнение, как послеоперационные ателектазы легкого, встречается все реже. Приводимые в литературе описания послеоперационного ателектаза единственного легкого не дают возможности определить частоту столь грозного осложнения, так как далеко не все авторы приводят анализ послеоперационных осложнений. Все это побудило нас поделить свои наблюдениями и попытаться выяснить причину возникшего послеоперационного ателектаза, а также описать клинику и диагностику его.

В клинике факультетской хирургии на 300 пульмонэктомий зафиксировано 18 ателектазов (6%). По локализации они распределялись так: субсегментарный — 4, два субсегментарных ателектаза у одного больного — 1, сочетание субсегментарного и долевого в пределах субсегмента ателектазов — 1, сегментарных — 2, долевого — 6, тотальных — 3, тотальная гиповентиляция — 1.

Пневмонэктомии производились нашим больным по следующим показаниям: пневмосклероз (2), ателектатические бронхоэктазы (6), бронхоэктазы без ателектаза (2), нагноившийся поликистоз (11), хронический абсцесс (2), периферический рак (5).

Ателектаз оставшегося легкого может наступить во время операции или в разные сроки после нее. Из 18 ателектазов 14 возникли во время операции. Один из них был перемежающимся. Он развился в конце операции, был ликвидирован, а затем повторился на 5-й день. Максимальным сроком появления ателектаза были 5-е сутки после операции.

Некоторые авторы причину ателектаза во время операции видят только в затекании мокроты из большого легкого. А. П. Воробьева пишет, что даже при вводимом наркозе в трахее всегда есть 5—6 мл мокроты, которая может попасть в здоровое легкое. Положение о забрасывании мокроты из большого легкого в здоровое при операции как причина ателектаза здорового легкого ясна и спора не вызывает, но все случаи ателектазов противоположной стороны объяснить только этим нельзя. У 4 наших больных, подвергшихся пульмонэктомии, ателектаз возник не на операционном столе. А иногда при бронхоскопии, производимой по поводу ателектаза доли во время операции, мы не обнаруживали мокроты в долевого бронхе. Вероятно, что в некоторых случаях грубое обращение с корнем легкого приводит рефлекторно к ателектазу на противоположной стороне.

Клиника ателектаза оставшегося легкого зависит в основном от величины ателектаза и скорости его развития. Долевого ателектаза в пределах субсегмента и субсегментарный ателектаз давали весьма скудную клиническую картину. Так, лишь у 2 больных было отмечено жесткое дыхание и у 1 — единичные влажные хрипы, тахикардия, падение АД до 85,55 мм. Диагноз был поставлен только рентгенологически.

Сегментарный ателектаз иногда проявлялся тахикардией, падением АД, порой выслушивались сухие и влажные хрипы. Рентгенологическое обследование облегчало распознавание.

Долевой ателектаз выражался в цианозе, тахикардии, смещении средостения в сторону ателектаза, падении АД. Обычно была значительная дыхательная недостаточность. Над областью ателектаза выслушивались сухие или влажные хрипы, часто дыхание было ослаблено или отсутствовало.

Тотальный ателектаз сопровождался грозной клинической картиной. Налицо были те же симптомы, что и при долевого ателектазе, но более резко выраженные. Мы наблюдали гипоксические кровотечения при долевого и тотальном ателектазах оставшегося легкого.

Долевого и тотального ателектазы можно было диагностировать без рентгеновского обследования, но в сомнительных случаях оно помогало. Тяжелая картина обуславливалась смещением средостения и выключением из дыхания значительного объема легкого. Это приводило к сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.

Исходы ателектазов оставшегося легкого зависели от объема ателектазированной ткани, скорости развития ателектаза и проводимого лечения. У наших больных были следующие осложнения: пневмония (5), абсцедирование (2), гипоксические кровотечения (2). У 3 больных ателектаз привел к смерти.

Об ателектазе оставшегося легкого всегда следует думать при внезапном развитии дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, сопровождающейся цианозом, хрипами в легком, падением АД, характерной рентгенологической картиной.

При лечении больных с ателектазами мы исходили из того, что любой вид их требует должного внимания. Мнение о том, что субсегментарные ателектазы дают слабое

клиническое проявление и поэтому лечение при них не обязательно, является неверным. Хотя большинство ателектазов в пределах субсегмента разрешилось без лечения, мы сталкивались и с серьезными осложнениями при субсегментарных ателектазах. Оставленный без воздействия субсегментарный ателектаз у больного С., 20 лет, привел к бронхопневмонии. Еще более печальным было следующее наблюдение.

Н., 63 лет, поступила 7/XI 1961 г. с диагнозом: рак нижней доли левого легкого. 20/XI 1961 г. произведена левосторонняя пневмонэктомия. На рентгенограмме, снятой на операционном столе после окончания операции, отмечался субсегментарный ателектаз. Ему не придали должного значения, никакого лечения не назначили. Ателектаз инфицировался, развился абсцесс, и, несмотря на энергичное последующее лечение, включающее трахеостомию, больная погибла.

При ателектазах оставшегося легкого мы проводили аспирацию мокроты, промывание бронхов новокаином, введение в бронхи 2,4% диафилина по 5—10 мл, аэрозолетерапию (ингаляции щелочных и бронхорасширяющих растворов), трахеостомию, вводили сульфаниламиды, антибиотики.

Из 6 больных с долевыми ателектазами 4 выздоровели, всем им была произведена трахеостомия. Из 2 больных без трахеостомии 1 погибла на столе из-за гипоксического кровотечения, у 1 ателектаз осложнился абсцессом доли. Из 3 тотальных ателектазов 1 был ликвидирован с помощью трахеостомии, второй — путем аспирации мокроты через интубационную трубку. У третьего больного трахеостомия не производилась, ателектаз осложнился пневмонией. Тотальная гиповентиляция (трахеостомия не производилась) осложнилась пневмонией и закончилась смертью.

Мы считаем, что при долевым и тотальном ателектазах трахеостомия является методом выбора.

В последнее время в клинике применяется оправдавший себя метод профилактики ателектаза — микротрахеостомия. В трахею, проколов ее толстой иглой, вводят тонкую полихлорвиниловую трубочку, через которую с интервалом в 2—4 часа вливают 10% раствор поваренной соли и антибиотики. Это вызывает кашель.

Перед операцией больные получают аэрозоли антибиотиков и эфедрин с кислородом. Мы стремимся рано поднимать больных после операции. Для сохранения кашля назначаем им смесь пантопона, димедрола и эфедрина под кожу. Это уменьшает боль при кашле и расширяет бронхи. Лечебную физкультуру назначаем до операции и продолжаем в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Ателектаз оставшегося легкого, даже субсегментарный, — это тяжелое осложнение после пульмонэктомии.

Лечение больных с ателектазом оставшегося легкого должно включать активное поведение больного и создание условий для удаления мокроты и улучшения вентиляции легкого. В тяжелых случаях не следует медлить с трахеостомией.

УДК 616.233—072.1—616—089.5—031.81

ОПЫТ БРОНХОСКОПИИ ПОД НАРКОЗОМ

И. З. Сигал, С. С. Рытвинский и Р. Н. Бобкова

Кафедра туберкулеза (зав. — канд. мед. наук Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и туберкулезный госпиталь для ИОВ (начальник — В. Л. Унтербергер)

Техника бронхоскопии разработана достаточно детально. Однако вопрос о выборе обезболивания при бронхоскопии, производимой по разным поводам, до сих пор обсуждается.

Бронхоскопия под местным обезболиванием связана с некоторыми опасностями, осложнениями и неудобствами. Среди них следует упомянуть о возможной токсичности обычно используемых растворов диканна. По Ю. И. Мушковой (1957) те или иные осложнения, связанные с анестезией, наблюдались в 14%. Кроме того, отрицательной стороной местного обезбоживания является участие в процедуре больного, что наносит ему психическую травму. Согласно нашему опыту, при местной анестезии часто нет условий для методичного, неторопливого бронхоскопического исследования и эндобронхиальных манипуляций, особенно в левой половине бронхиального дерева.

Мы проводили бронхоскопию под барбитуровым наркозом после премедикации 2% раствором промедола (1 мл) и 0,1% (0,5—1 мл) сернокислого атропина, вводя медленно внутривенно 2,5% раствор тиопентала (500—1000 мг сухого вещества). Для релаксации применяли листенон (2% раствор). Такая последовательность и дозировка медикаментов рекомендуются Г. И. Лукомским (1963) и др.