

и кровопотеря, а также всасывание продуктов распада тканей, равно как и действие ряда специфических факторов, свойственных торакальным вмешательствам (пневмоторакс, сопровождающийся уменьшением дыхательной поверхности легких и смещением сердца). Наблюдаемые нами более частое и более выраженное снижение интервала ST во втором и третьем отведениях, а также нередко встречающееся увеличение зубца R в этих же отведениях, дают основание считать, что известную роль в происхождении указанных расстройств имеет повышенная нагрузка на правое сердце в связи с пневмотораксом.

Изменения ЭКГ, которые мы наблюдали у больных под влиянием торакальных операций, появляются с первого дня после таковой и исчезают, чаще всего, к концу первой недели или на второй неделе. Следовательно, операция вызывает временные, функциональные нарушения со стороны сердца. Сам же характер ЭКГ-изменений свидетельствует о нарушении обменных процессов в миокарде, связанных, по-видимому, с трофическими расстройствами, а также заставляет предполагать рефлекторные влияния на коронарные сосуды.

На основании проведенных исследований в послеоперационном периоде, следует считать, что наиболее рациональными мероприятиями по профилактике сердечно-сосудистых расстройств являются следующие: 1) создание максимально благоприятной обстановки для больного, 2) проведение общеукрепляющего лечения, направленного против обезвоживания, анемии и гипопроотеинемии, назначение тонизирующих средств (стрихнин), 3) максимальное щажение тканей во время операции, тщательная анестезия и применение противошоковой жидкости, 4) в первые 3 дня послеоперационного периода энергичное применение средств сосудистых (кофеин, камфара, эфедрин) и сердечных (строфантин).

Поступила 10 июля 1958 г.

О РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ¹

Канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн

Из хирургического отделения Урусинской районной больницы Татарской АССР (главврач — Н. А. Мифтахов) и Октябрьского городского противотуберкулезного диспансера (главврач — К. К. Кадыров) Башкирской АССР

На современном этапе развития медицинской науки хирургу принадлежит решающее слово в лечении целого ряда легочных заболеваний.

Недостаточная осведомленность широкого круга районных врачей о показаниях и сроках оперативного лечения значительно утяжеляет контингент больных. Особое, иногда фатальное, значение это приобретает для больных с легочными нагноениями.

Печальным примером может служить судьба больной С., 41 года, поступившей в хирургическое отделение Урусинской больницы с гигантским абсцессом двухлетней давности. Абсцесс занимал целиком нижнюю и среднюю доли правого легкого. Двухмоментную пневмэктомию больная перенесла легко, но через три месяца погибла от амилоидоза.

Больные, оперированные нами, по давности заболевания распределяются следующим образом:

¹ Доложено на межрайонной конференции врачей в г. Альметьевске 25/VI-58 г.

Длительность заболевания	Легочные нагноения	Туберкулез легких	Всего
До 1 года	9	6	15
От 1 года до 2 лет	5	14	19
От 2 до 5 лет	9	14	23
От 5 до 10 лет	4	9	13
Свыше 10 лет	2	1	3
Итого	29	44	73

Из этого числа 62 больным произведена резекция легкого, четверым — пневмотомия, одному — перевязка долевого бронха, одной больной — перевязка легочной артерии. Характерно, что из шести больных, умерших непосредственно в связи с операцией, трое болели свыше пяти лет, двое — свыше десяти.

Позднее направление на операцию больных с хроническими нагноениями объясняется в ряде случаев тем, что врачи-терапевты переоценивают возможности антибиотикотерапии, в частности, внутритрахеальных вливаний, и лечение аэрозолями. Даже и эти наиболее совершенные методы могут лишь вызвать ремиссию, но не способны излечить хронический нагноительный процесс в легком. Они очень полезны как подготовительное мероприятие, так как операция в «холодном» периоде переносится легче.

Однако, если активное терапевтическое лечение не улучшает состояния, не следует упорствовать, ибо чрезмерное выжидание лишь ослабляет больного. В таких случаях оперируют по жизненным показаниям.

Необходимо подчеркнуть, что хронические нагноительные процессы не всегда проявляются бурной клинической картиной. Это особенно относится к бронхоэктатической болезни. Возникает необходимость в бронхографии. Методика эта тщательно разработана и не сложна, но, к сожалению, очень редко применяется в периферийных лечебных учреждениях; неприменение ее ведет к длительному бесполезному лечению и ухудшает прогноз.

Недостаточное знакомство врачей-фтизиатров с клиникой легочных нагноений иной раз обрекает подобных больных на длительное бесплодное лечение в противотуберкулезных учреждениях. Мы наблюдали 8 таких больных.

В отношении легочного туберкулеза положение складывается более благоприятно. Прежде всего, туберкулезные больные обычно хорошо осведомлены о характере своего заболевания и терапевтических возможностях при нем. Длительное лечение в специализированных больницах и санаториях обеспечивает необходимый минимум медицинского просвещения. Поэтому они весьма активно настроены в отношении операции и часто активизируют лечащего врача. С другой стороны, патронажное наблюдение за туберкулезным больным дает врачу возможность трезво оценить успехи специфической терапии и вовремя направить его к хирургу.

Кроме того, предварительное, хорошо продуманное лечение, по мнению большинства фтизиохирургов, способствует гладкому послеоперационному течению и уменьшает возможность вспышки туберкулеза в оставшихся отделах легких.

Вместе с тем, необходимо помнить, что при фиброкавернозных формах туберкулеза воздействие на самую каверну медикаментами иллюзорно. Следовательно, чрезмерно длительное выжидание полезным быть не может.

К этому следует добавить, что длительное беспорядочное лечение стрептомицином в ряде случаев приводит к образованию стрептомициноустойчивых форм туберкулезных палочек. Тогда операция исключается.

Мы не имеем возможностей для микробиологических исследований и поэтому стараемся придерживаться установок проф. Амосова: большого следует готовить к операции фтивазидом и ПАСК. Стрептомицин, если и назначается, то в небольших дозах — не больше 15—20,0.

Некоторые из наших больных длительно болели туберкулезом и получили много стрептомицина. У двоих в послеоперационном периоде развились тяжелые осложнения.

Уместно сказать несколько слов и об объеме резекции легкого. По мере того, как резекция легкого вытесняет из обихода лечебных учреждений другие виды хирургических вмешательств, резко возрастает удельный вес частичных сегментарных резекций. Сегментарные резекции мало нарушают дыхательную функцию, они наиболее физиологичны, дают меньшее число хирургических осложнений. Смертность при них очень не велика, хотя порой они представляют значительные технические трудности.

Наряду с этим, длительные наблюдения (С. М. Кузнецова) показывают, что после сегментарных резекций специфические осложнения в виде вспышки туберкулеза и рецидива каверны значительно чаще, чем после лоб- или пневмэктомий. Это можно объяснить оставлением большого количества активных очагов в соседних участках легкого.

На нашем материале из 33 резекций легкого при туберкулезе 18 приходится на долю сегментарных, три — атипичных.

Показания к сегментарным и атипичным резекциям, типа кавернэктомий, мы расширяем и производим их и при одиночных капсульных полостях на фоне двусторонней диссеминации.

По таким показаниям сегментарные резекции и кавернэктомии были сделаны 16 больным. У троих из них в течение ближайших шести месяцев вновь обнаружены БК при отсутствии видимых очагов деструкции. У остальных состояние и показатели хорошие (кроме одной больной с развившейся эмпиемой). Будущее покажет целесообразность такой позиции.

Вообще же поражение туберкулезом лишь одного легкого хирургу встречается редко. Из наших больных только двое не имели видимых поражений на второй стороне.

Отсюда ясно, что успех определяется не только и не столько оперативным вмешательством, сколько настойчивым, упорным и длительным последующим лечением. Вспышки, часто возникающие в послеоперационном периоде, обычно хорошо поддаются лечению.

Основная тяжесть здесь ложится на плечи врача-фтизиатра.

Беда в том, что некоторые больные после операции считают себя исцеленными и прекращают систематическое лечение.

Наша обязанность — развеять это заблуждение.

Поступила 12 августа 1958 г.