

2. Показаниями для торакотомии являются: а) открытый пневмоторакс; б) закрытый пневмоторакс с прогрессивно ухудшающимся общим состоянием (необходим рентгеновский контроль); в) нарастающий гемоторакс (тяжелые кровотечения в плевральную полость); г) ранение легкого с выраженным гемотораксом; д) свернувшийся гемоторакс.

3. Предварительная вагосимпатическая блокада, тщательная местная анестезия или интратрахеальный наркоз с новокаиновой блокадой рефлексогенных зон, применение нейроплегических, ганглиоблокирующих и курареподобных средств при достаточной подаче кислорода и гемотрансфузии во время операции,— вот условия, при которых тяжело раненные вполне удовлетворительно переносят вскрытие плевральной полости, надлежащую обработку раны легкого и грудной стенки.

4. Одновременно с решением вопроса о широкой торакотомии необходимо немедленно проводить противошоковые мероприятия (внутривенное или внутриартериальное переливание крови, блокады).

5. Хирургическая обработка раны легкого, введение антибиотиков в плевральную полость, активная аспирация из нее жидкости и забота о возможно раннем расправлении легкого важны для предупреждения осложнений (нагноение, вторично открывшийся пневмоторакс и т. д.).

6. Накопление опыта активной хирургической тактики при проникающих ранениях груди обусловит наиболее верный путь борьбы за жизнь этой категории тяжело раненных.

ЛИТЕРАТУРА

1. И. С. Колесников. Вестник хирургии им. Грекова, № 2, 1955.
2. В. И. Колесов и С. Л. Либов. Труды опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., т. IX, стр. 24.
3. В. И. Колесов. Проникающие ранения грудной клетки. Медгиз, 1955.
4. П. А. Куприянов. Современные проблемы грудной хирургии. Актовая речь 27/XII 1953. Ленинград, 1954.
5. И. М. Тальман. Огнестрельные ранения легких и плевры. Ленинград, 1946.
6. Г. Ф. Цейдлер, Л. Г. Стуккей и В. В. Лавров. Цитировано по книге В. И. Колесова «Проникающие ранения грудной клетки». Медгиз, 1955, стр. 5.
7. Чу-мин Сун. Опыт лечения раненных в грудь во время освободительной войны в Корее. Военно-медицинский журнал, № 7, 1957.

Поступила 4 февраля 1958 г.

ЛЕГОЧНЫЕ НАГНОЕНИЯ ПОСЛЕ ПНЕВМОН- И ЛОБЭКТОМИИ

(Клинико-рентгенологическое исследование)

З. А. ШУЛАЕВА

Из 2 кафедры рентгенологии (зав.— проф. Ю. Н. Соколов) Центрального института усовершенствования врачей

Одной из актуальных задач легочной хирургии является борьба с послеоперационными осложнениями. Как известно, осложнения могут возникать как в первые дни после операции, так в поздний и отдаленный период. Из осложнений отдаленного периода после радикальных операций на легких, наряду с бронхиальными свищами и эмпиемой, заслуживают внимания для изучения нагноительные процессы после лобэктомии и пневмонэктомии.

Ф. Х. Кутушев наблюдал 5 больных с нагноительным процессом в оставшемся легком или его частях после пневмонэктомии и лобэктомии. У 3 больных послеоперационный период осложнился бронхиальным свищем и эмпиемой плевры. Нагноительный процесс у этих больных во втором легком развился через 3 месяца, 6 месяцев и 5 лет после операций. Автор ставит это в связь с послеоперационными осложнениями. Подобные же факты мы находим у П. А. Куприянова, Е. С. Лушниковой, Б. К. Осипова, В. П. Пуглеевой.

В зарубежной литературе этой теме посвящены работы И. Розмонда, И. Лемана, И. Креллина, А. Эттингера, ди Ринцо (Rosemond, Lehman, Crellin, Ettinger, di Rienzo) и др.

И. Креллин наблюдал нагноения в оставшемся легком у 19 больных на 44 оперированных. У 10 больных бронхоэктазы развились после операции. У 4 из них в послеоперационном периоде развились те или иные осложнения (бронхиальные свищи, пневмонии, ателектазы и т. д.), которые, по мысли автора, и явились поводом для последующего развития нагноительного процесса. Кроме этого, у 4 больных из 19 пораженные отделы легких были удалены не полностью.

А. Эттингер обнаружил бронхоэктазы в оставшемся легком после операции у 13 больных. У 9 больных было неполное предоперационное исследование легких, в силу чего и операция была недостаточно радикальной. У 4 больных бронхоэктазы развились, несомненно, после операции. Более чем в половине случаев были послеоперационные осложнения, явившиеся, по мнению Эттингера, толчком для последующего развития или прогрессирования нагноительного процесса.

Цель нашего сообщения — выяснить роль рентгенологического исследования в распознавании нагноительных процессов в оставшихся легких после операций, а также причину этих состояний, путем сравнительных рентгенологических наблюдений до и после операции.

Наши исследования проводились в I хирургической клинике МОНИКИ.

В основу были положены клинко-рентгенологические наблюдения над 21 больным с нагноительным процессом в оставшихся долях и во втором легком из 145 оперированных. Только у одного больного из 21 нагноительный процесс был в оставшемся легком после пневмонэктомии. Из этой группы 18 оперированных перенесли лобэктомию, 2 — билобэктомию и 1 — пневмонэктомию. Мужчин было 14, женщин 7. Больные были в возрасте от 18 лет до 51 года. Операции произведены по поводу хронического нагноительного процесса. В одном случае гистологическое исследование удаленной доли показало рост бронхогенного рака из бронхоэктазов.

Нагноительный процесс в оставшейся легочной ткани выявлен в сроки от 6 месяцев до 8 лет после радикальных операций.

Приводим некоторые из наших наблюдений.

Больной М., 26 лет (история болезни № 10771), считает себя больным с 1954 г., когда после перенесенного левостороннего воспаления легких диагностирован абсцесс, по поводу которого в июне 1955 г. произведена левосторонняя пневмотомия в 2 этапа. После этой операции больной чувствовал себя хорошо до февраля 1956 г., когда вновь появились высокая температура, кашель с большим количеством гнойной мокроты, открылся свищ в области послеоперационного рубца. Больной был госпитализирован в I хирургическую клинику МОНИКИ для оперативного лечения.

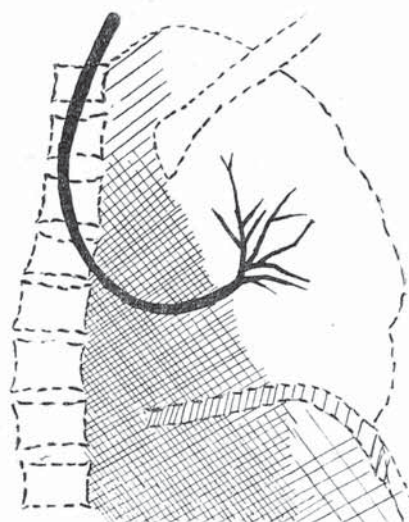
При объективном исследовании больной в удовлетворительном состоянии. На коже левой половины грудной клетки, на уровне VI—VII ребер по средне-аксиллярной линии определяется гранулирующая рана со свищевым отверстием. При перкуссии грудной клетки слева сзади — укорочение перкуторного звука. Аускультативно — здесь же влажные хрипы. Правое легкое без особенностей. Со стороны органов кровообращения, желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей отклонений от нормы не обнаружено. Анализ крови: эр. — 4 000 000, Нв — 62%, ц. п. — 0,77; л. — 7 000, эоз. — 4, п. — 5, с. — 66, лимф. — 20, мон. — 5, РОЭ — 45 мм/час. В мокроте БК и эластические волокна не обнаружены.

При рентгенологическом исследовании отмечена асимметрия грудной клетки. Левое легочное поле несколько уже правого: Слева задние отрезки V—VII ребер резецированы (состояние после пневмотомии). В левой плевральной полости находится дренажная трубка. В левом легочном поле от IV ребра до диафрагмы, занимая всю ширину легочного поля, определяется затемнение с округлыми участками просветления, до 3,0 см в диаметре.левой купол диафрагмы расположен выше обычного, неподвижен. Правое легочное поле без особенностей. Срединная тень умеренно смещена влево. В боковой проекции затемнение соответствует нижней доле и язычковому отделу. С целью выяснения состояния бронхиального дерева, а также для уточ-

нения протяженности патологического процесса была предпринята бронхография. При этом выявились большие мешотчатые бронхоэктазы в нижней доле и в язычковом отделе. В бронхах верхней зоны определяются небольшие явления деформирующего бронхита (рис. 1).



А.



Б.

Рис. 1.

Бронхограмма больного М., 26 лет. На бронхограмме левого легкого до операции видны небольшие явления деформирующего бронхита в верхней зоне.

3/І 1957 г. произведена операция удаления нижней доли и язычкового отдела.

На 4-й день после операции из плевральной полости был удален гной. Левая плевральная полость дренирована.

На 12-й день после операции появились клинические признаки открытого бронхоплеврального свища.

Фистулографическое исследование позволило уточнить форму, размеры и локализацию остаточной плевральной полости и, кроме этого, выявить патологическое сообщение полости с бронхиальным деревом. Оставшаяся часть левого легкого расправилась не полностью. Больной был выписан из клиники для амбулаторного лечения с тем, чтобы в дальнейшем применить торакопластику. Через 6 месяцев он был вновь госпитализирован для повторной операции с клиническими признаками открытого бронхоплеврального свища.

При обычном рентгенологическом исследовании определялось полное расправление оставшейся части левого легкого. С целью уточнения локализации и размеров остаточной плевральной полости была произведена фистулография.

На фистулограммах определяется небольшая остаточная плевральная полость во внутренне-заднем отделе левой половины грудной клетки, кроме этого, выявились умеренно выраженные бронхоэктазы в оставшейся части левого легкого. Более точное представление о состоянии бронхиального дерева в этом участке легкого было получено после бронхографии (рис. 2).

На основании клинико-рентгенологических данных и применения дополнительных методов исследования, был установлен диагноз открытого бронхоплеврального свища и эмпиемы плевры. Кроме этого, выявлены бронхоэктазы в оставшейся части левого легкого.

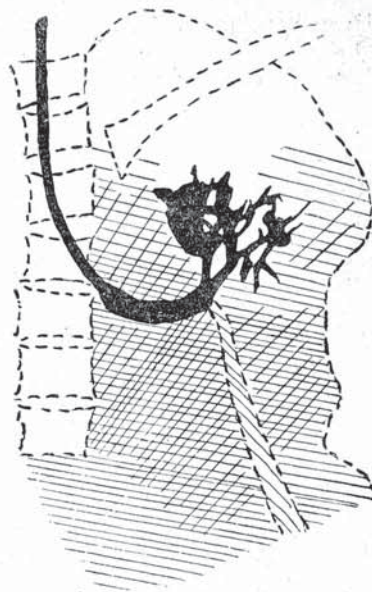
Таким образом, следует полагать, что в данном случае бронхоэктазы в оставшейся части легкого, в которой до операции определялись явления деформирующего бронхита, развились, несомненно, в послеоперационном периоде, осложненном бронхиальным свищом.

Механизм образования бронхоэктазов в оставшемся легком после радикальной операции при послеоперационных осложнениях надо понимать следующим образом в свете новых представлений о строении плевры:

Исследования М. А. Барона и В. К. Белецкого показали, что при длительно текущей эмпиеме, вследствие большой токсичности инфекции,



А.



Б.

Рис. 2.

Бронхограмма больного М., через 6 месяцев после операции удаления нижней доли и язычкового отдела. На бронхограмме определяется небольшая остаточная плевральная полость во внутренне-заднем отделе левой половины грудной клетки.

при бронхо-плевральном свище наступает резкая дезорганизация анатомии и функции висцеральной плевры, в силу чего воспалительный процесс распространяется из нее в сторону легкого, — от периферии к воротам легкого. Возникает ацинозная сливная, дольковая, нередко абсцедирующая пневмония.

На развитие воспалительного процесса в легких при эмпиемах огнестрельного происхождения указывает С. С. Вайль. Он придает особое значение бронхо-плевральным свищам, поддерживающим воспалительный процесс в бронхиальном дереве.

В нашем наблюдении течение послеоперационного периода осложнилось эмпиемой плевры и бронхо-плевральным свищом. Кроме этого, радикальной операции предшествовала пневмотомия, имеющая своим следствием образование на висцеральной плевре спаек, которые так же, как и бронхо-плевральный свищ, поддерживали воспалительный процесс в легком. Длительное время наблюдалось нерасправление оставшегося легкого. По-видимому, нарушение дренажной функции тоже в какой-то мере влияло на развитие послеоперационных бронхоэктазов.

В следующем нашем наблюдении бронхоэктазы в оставшемся легком были обнаружены через 2 года после операции.

Больному М., 38 лет (история болезни № 1580), в марте 1954 г. была произведена операция удаления нижней доли левого легкого и язычкового отдела по поводу хронического нагноительного процесса.

На бронхограммах левого легкого до операции определялись бронхоэктазы в нижней доле и в язычковом отделе. Бронхи верхней зоны не изменены.

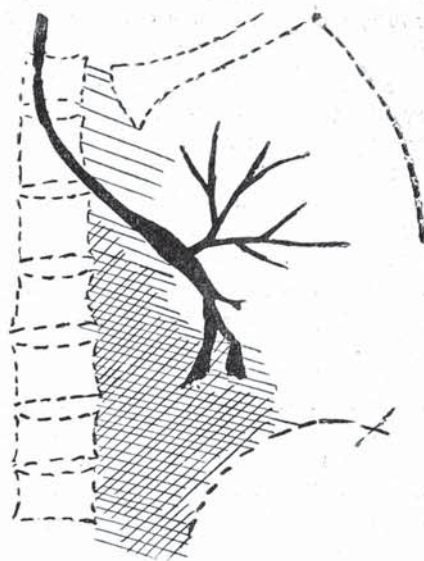
Правое легкое без патологических изменений. Через 1,5 месяца после операции у больного появились кашель с гнойной мокротой и периодическое повышение температуры. Эти явления постепенно нарастали. Через 2 года после операции больной обратился с жалобами на кашель с большим количеством гнойной мокроты. Можно было предположить бронхиальный свищ.

При обычном рентгенологическом исследовании определялось множество небольших округлых просветлений в оставшемся левом легком.

При контрастном исследовании видны большие бронхоэктатические полости (рис. 4.).



А.



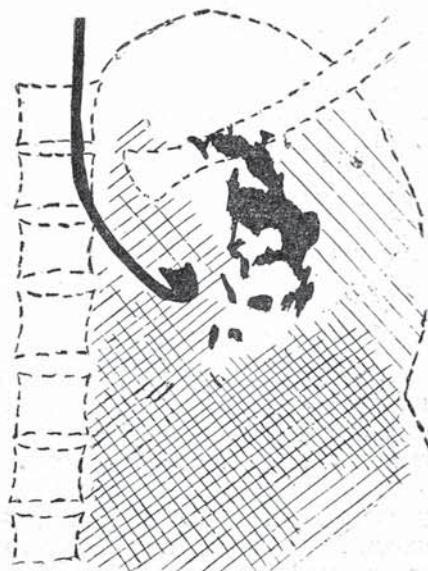
Б.

Рис. 3.

Бронхограмма больного М., 38 лет. На бронхограмме левого легкого до операции видны бронхоэктазы в нижней доле и в язычковом отделе. Бронхи верхней зоны не изменены (йодолипол в альвеолах).



А.



Б.

Рис. 4.

Бронхограмма больного М., через 2 года после операции удаления нижней доли и язычкового отдела. На бронхограммах оставшегося легкого видны большие бронхоэктатические полости.

Сопоставляя данные клинико-рентгенологического исследования до и после операции, можно считать, что возникший у больного в послеоперационном периоде бронхо-плевральный свищ способствовал, видимо, возникновению, как и в предыдущем случае, бронхоэктазов в оставшемся левом легком, потребовавших повторного оперативного вмешательства.

Анализ клинико-рентгенологических данных 21 больного с нагноительным процессом в оставшемся легком дает нам основание полагать, что в развитии легочного нагноительного процесса играют большую роль возникшие в послеоперационном периоде осложнения, в частности, бронхиальный свищ. У 13 больных из этой группы послеоперационный период осложнился бронхиальным свищом; у 1 больного имелось длительное нерасправление оставшейся доли; у 2 больных в послеоперационном периоде наблюдалась гриппозная инфекция; у 5 больных не установлена причина развития бронхоэктазов в оставшихся частях легкого после операции.

Таким образом, наши данные значительно совпадают с точкой зрения Ф. Х. Кутушева, И. Креллина, А. Эттингера и др.

Следовательно, сравнительная оценка данных клинико-рентгенологического исследования до и после операции, в соответствии с данными отечественных и зарубежных авторов, позволяет считать, что бронхиальные свищи могут явиться причиной нагноительных процессов в оставшемся легком. Нам кажется, что эти наблюдения позволяют ставить вопрос о необходимости повторных операций по поводу бронхиальных свищей. Эти операции, очевидно, не следует откладывать на длительный срок, и не следует долго ждать самостоятельного заживления свища. Вопрос этот представляется нам тем более важным, что нагноительный процесс в легком требует более сложных оперативных вмешательств, нежели бронхиальные свищи. Наша точка зрения совпадает с указаниями некоторых хирургов (Б. К. Осипов, В. П. Пуглеева).

За последние годы основанием для разработки экономных резекций в пределах доли и сегмента служило стремление максимально сохранить прилегающие к очагу поражения здоровые участки легкого. Но опыт показывает, что недостаточно радикальная операция, обусловленная неполноценным бронхографическим исследованием или недоучетом полученных при этом данных, часто приводит к прогрессированию оставшихся изменений. На это указывают П. А. Куприянов, И. Розмонд, А. Эттингер и др.

Мы так же наблюдали 4 больных (из 21), у которых пораженные отделы легких были удалены не полностью во время операции. После операции оставшиеся изменения прогрессивно нарастали. У 2 больных послеоперационный период осложнился бронхиальным свищом.

ВЫВОДЫ:

1. Рентгенологический метод исследования с применением контрастных методов — бронхографии и фистулографии — играет большую роль в диагностике нагноительного процесса в оставшихся частях легкого и во втором легком после операции.

2. Сравнительная оценка данных клинико-рентгенологического исследования до и после операции, с учетом течения послеоперационного периода, позволяет предполагать, что причиной нагноительного процесса в оставшемся легком или его частях могут быть бронхиальные свищи.

3. Предупреждение нагноительного процесса в оставшихся частях легкого, а также в неоперированном легком связано со своевременным лечением послеоперационных осложнений.

4. До операции необходимо полноценное бронхографическое исследование всего бронхиального дерева.

ЛИТЕРАТУРА

1. М. А. Барон. Вопросы грудной хирургии, т. III, стр. 32—35, 1949.
2. В. К. Белецкий. Вопросы грудной хирургии, т. III, стр. 129—136, 1949.
3. С. С. Вайль. Изменения легких и плевры огнестрельного происхождения. 1946.
4. П. А. Куприянов и А. П. Колесов. Вестник хирургии, № 9, 1957.
5. Ф. Х. Кутушев. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, № 5, 1957.
6. Е. С. Лушников. Труды VIII съезда хирургов Украинской ССР, стр. 130—131, 1954.
7. Б. К. Осипов. Врачебное дело, № 8, 1951.
8. Он же. Очерки по хирургии органов грудной полости, 1951.
9. В. П. Пуглеева. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, № 2, 1957.
10. A. Ettinger, Bernstein, F. M. Woods. Radiology, 1952, 59, 5, 668—682.
11. I. A. Crellin, I. S. Lehman, D. Mason, I. L. Curry. Am Rev. Tuberc., 1954, 69, 657—672.
12. Di Rienzo. Fortschr. der Röntg., 1953, 78, 4, 400—413.
13. I. R. Rosemond, W. E. Burnett, J. Humphrey—Long. J. Thorac. Surg., 1951, 22, 5, 439—448.

Поступила 19 февраля 1958 г.

НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Проф. В. Н. ШУБИН

Из кафедры общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин) Казанского
медицинского института

Способов операций ventральных грыж предложено много (по М. П. Рухлядовой, более 80), что указывает на недостаточную их удовлетворительность. Главной причиной является рецидив грыжи, вследствие атрофии перемещенных слоев мышц, апоневроза кожи и т. п.

Существуют два типа замещения большого дефекта слоев передней брюшной стенки: восстановление анатомических соотношений и свободная пластика.

Первый тип возможен, когда ткани, окружающие дефект, мало изменены и могут быть передвинуты в область дефекта. К операциям этого типа относятся: ушивание растянутого апоневроза со сближением краев мышц или их последующим соединением, перемещение мышц, освобожденных из влагалища, или рубцов навстречу друг другу и сшивание их посредине (Menge) с добавлением, если возможно, над ними шва апоневроза (Bertelmann), наконец — мышечно-апоневротическая пластика при умеренных дефектах.

Второй тип операций может быть применен в случаях врожденных или посттравматических грыж, при атрофии окружающих дефект тканей, когда невозможно использовать их в качестве пластического материала. Производят пересадку фасциальных или мышечных лоскутов на ножке или трансплантацию свободных участков фасции, надкостницы, кожи (Н. Н. Соколов), рубца (С. П. Шиловцев), пластмассы и пр.

Несомненно, наиболее приближаются к совершенству операции первого типа, когда делается попытка восстановить анатомические соотношения.

В данной статье мы намерены коснуться вопроса о закрытии дефектов по средней линии живота по первому типу. При способе Menge передвижение прямых мышц к средине, притом на большое расстояние, производится с нарушением значительной части сосудов и нервов, проходящих через задний листок апоневроза и наружную комиссуру апоневротического футляра. При этом способе мышца неизбежно должна атрофироваться, что в действительности и происходит. Передняя поверхность мышц обнажается, так как пластинка влагалища растянутых мышц оказывается недостаточной для их укрытия. Открытая поверхность срастается с подкожной клетчаткой, что ускоряет гибель мышечной массы, ибо известно, что срастание неродственных тканей происходит со значительной потерей вещества.