

СЛУЧАЙ РАНЕНИЯ ОТКРЫТОГО БОТАЛЛОВА ПРОТОКА ВО ВРЕМЯ СЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО

М. Ю. Розенгартен

Из Казанского противотуберкулезного госпиталя для инвалидов Отечественной войны (нач. — Н. С. Валеев) и кафедры туберкулеза (зав. — доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУВА им. В. И. Ленина

Операции на боталловом протоке при его незаращении получили в настоящее время широкое распространение (А. Н. Бакулев, Е. Н. Мешалкин, Б. К. Осипов, П. А. Куприянов, С. Л. Либов, М. И. Перельман, Литтман, Крафффорд, Беллок).

Однако, перевязка открытого боталлова протока при резекции легкого является редким оперативным вмешательством. Описание подобных операций в доступной нам литературе мы встретили всего два раза. Так, в 1955 г. С. Л. Либов и К. Ф. Ширяева демонстрировали девочку 6 лет, которой была произведена перевязка боталлова протока и удаление нижней доли и язычкового сегмента левого легкого по поводу бронхоэктазии. В том же году В. С. Шапкин успешно произвел 27-летнему мужчине пневмэктомию и перевязал открытый боталлов проток, не распознанный до операции.

Ввиду редкости подобных сообщений, небезынтересным является наше наблюдение.

Б-ная Т., 28 лет, поступила 16/III-59 г. с жалобами на кашель, с мокротой, общую слабость, одышку при резких движениях.

Б-ная правильного телосложения, пониженного питания, кожный покров и видимые слизистые бледной окраски. Слегка выраженный акроцианоз. Лимфатические узлы не увеличены. В легких укорочение перкуторного звука слева в межлопаточном пространстве. Дыхание в указанной области ослаблено, изредка проскальзывают единичные влажные хрипы. Сердце — границы в норме; тоны приглушены. Расщепление 1-го тона на верхушке и в 5-й точке. Со стороны других органов патологических изменений не обнаружено.

Рентгеноскопия (В. С. Анастасьев): слева в 1—2 сегментах тень туберкулемы размером 2×3 см с распадом в центре и с дорожкой к корню и очагами обсеменения вокруг. Сердце — границы в пределах нормы.

После подготовки антибактериальными препаратами (ПАСК, фтивазид) и премедикации (аминазин, димедрол, промедол, атропин) 3/VI-1959 г. операция (М. Ю. Розенгартен) по поводу распадающейся казеомы. Под интратрахеальным потенцированным эфирно-кислородным наркозом с управляемым дыханием (Р. Н. Бобкова) сделан боковой разрез в IV межреберье слева. Плевральная полость оказалась облитерированной. Во время выделения верхней доли легкого в верхнем отделе переднего средостения (нижний край дуги аорты) началось сильное (фонтанное) артериальное кровотечение. После временной его остановки верхняя доля была полностью выделена из мощных соединительнотканых сращений. Оказалось, что при выделении доли легочная артерия вместе с легким была оттянута вниз, и при отделении от аорты был поврежден незаращенный боталлов проток. По окончательном его выделении установлено, что он имеет длину 1 см, диаметр 0,5 см и направлен от передне-боковой поверхности устья левой ветви легочной артерии, оканчиваясь на нижней части аорты. Дальнейшая ревизия показала, что кровоостанавливающие зажимы закрывают отверстие размером 0,3 см на боковой стенке артериального протока, у самого края аорты (рис. 1). На край последней и на проток у поверхности легочной артерии наложены зажимы Федорова. Снятие зажимов с одной и с другой стороны сопровождается фонтанном кровотоком. После пересечения протока была сделана безуспешная попытка наложить швы на стенки аорты (5 швов). Однако, лишь лигатура, наложенная центральнее зажима на край аорты, дала надежный гемостаз. Артериальный проток со стороны легочной артерии перевязан и прошит (рис. 2). Затем выделены сегментарные сосуды и бронхи для первого и второго сегментов и

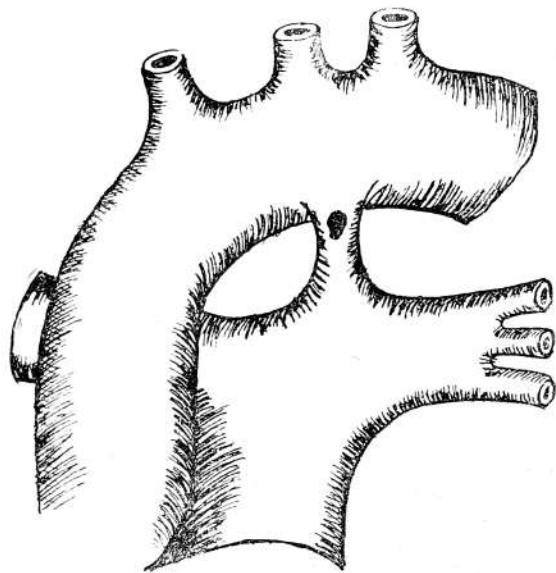


Рис. 1

указанные сегменты удалены. Образовавшаяся раневая поверхность частично ушита отдельными швами. Нижняя доля выделена из массивных сращений. Произведена полная декорткация и разрушение легочной связи. В плевральную полость введены антибиотики и отсасывающие дренажи. Во время операции перелито 600 мл одногруппной крови и 150 мл протившоковой сыворотки. Операция продолжалась 2 ч. 10 мин. АД, пульс и дыхание в течение всей операции оставались на нормальных цифрах.

В первые двое суток отмечались цианоз и одышка, затем послеоперационный период протекал гладко. Полное расправление легкого наступило на 3-й день, больная начала ходить на 10-й день, 18/VII-59 г. выписана в хорошем состоянии.

Через 3 месяца жалоб не предъявляет, одышка отсутствует, чувствует себя здоровой, абациллярна. При аускультации дыхание проводится на всем протяжении, тоны сердца слегка приглушены, посторонние шумы отсутствуют.

Согласно литературным данным, характерная клиническая картина открытого боталлова протока может отсутствовать у 5% больных. Трудности диагностики скрытых форм данного протока объясняют повышением давления в легочной артерии. В этих случаях исчезает характерный для открытого боталлова протока систоло-диастолический шум.

У нашей больной до операции врожденный порок заподозрен не был, хотя и имелись некоторые косвенные признаки незаращенного артериального протока (эпилептиформные припадки в детстве, поздний менструальный цикл, выраженная одышка при резких движениях, постоянные головные боли), это лишь раз убеждает в том, что во время некоторых внутригрудных операций следует иметь в виду возможность случайного ранения боталлова протока, тем более, что стенка его легко может быть повреждена при манипуляциях в рубцовоизмененной медиастинальной клетчатке.

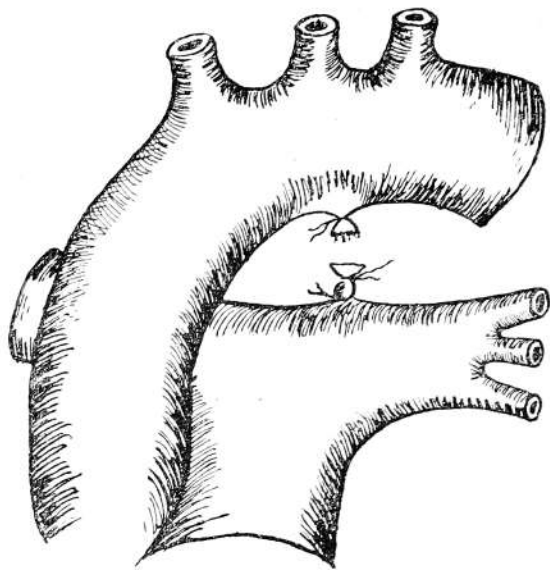


Рис. 2

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. Хирургия, 1950, 1.—2. Бакулев А. Н., Мешалкин Е. Н. Врожденные пороки сердца, М., 1955.—3. Куприянов П. А. Пробл. грудн. хир., М., 1956.—4. Либов С. Л., Кутушев Ф. Х. и Ширяева К. Ф. Вестн. хир., 1955, 8.—5. Либов С. Л., Ширяева К. Ф. Вестн. хир., 1955, 9.—6. Литтман Имре и Фоно Рене. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов, М., 1954.—7. Мешалкин Е. Н. Хирургия, 1954.—8. Осипов Б. К. Хирургия, 1949, 10.—9. Перельман М. И. Клин. мед., 1952, 3.—10. Blalock A. J. thor. surg., 1951, 21, 6.—11. Crafford C., Nilin G. J. thor., surg., 1945, 14, 5.—12. Gerbode F., Holman E., Hultgren H. Arch. surg., 1952, 65, 1.

Поступила 23 сентября 1959 г.

ОБ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ АЛЬВЕОЛЯРНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ

Н. П. Крылова

Из кафедры общей хирургии (зав.—доц. П. П. Рахтанов) Алтайского медицинского института и кафедры госпитальной хирургии (зав.—проф. И. Л. Брегадзе) Новосибирского медицинского института

При локализации узлов альвеолярного эхинококка в правой доле печени наиболее частой является клиновидная резекция, выполняемая при краевом расположении эхинококка.