

ХИРУРГИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

М. Р. Рокицкий, А. В. Акинфиев, П. Н. Гребнев, Р. В. Хабибуллина,
В. Н. Порываева, Н. Н. Молчанов, Н. В. Волкова, С. А. Михеев,
Ю. И. Фаттыхов, А. И. Закомырдин, Д. С. Шагяхметова

*Кафедра детской хирургии с анестезиологией (зав.— проф. М. Р. Рокицкий)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Настоящее сообщение является итогом двадцатилетнего исследования в области детской хирургической пульмонологии. За этот период в стационаре было лечено более 3000 детей с острыми и хроническими хирургическими заболеваниями легких, выполнено 9785 бронхоскопий, более 2000 бронхографий, проведены 1473 радикальные операции на легких и более 500 временных бронхиальных окклюзий.

I. Хронические неспецифические заболевания легких у детей

Разработанная в конце 60-х годов система выявления детей с данной патологией предусматривала активное участие педиатров и детских торакальных хирургов (комиссионные осмотры детей на всех этапах: поликлиника — стационар-специализированные санатории). Она обеспечивала раннюю диагностику и своевременное направление больных специалисту с последующим необходимым обследованием и лечением. Этому способствовала внедренная в практику рабочая схема выявления хронических неспецифических заболеваний легких, основанная на выделении следующих групп.

1. Хронические воспалительные заболевания легких (рецидивирующий бронхит), связанные с патологией ЛОР-органов (аденоидиты, гаймориты, хронические тонзиллиты, фронтиты). Обследование и лечение у детского оториноларинголога и педиатра-пульмонолога.

2. Хронические воспалительные заболевания легких (рецидивирующий бронхит, хронический деформирующий бронхит, хроническая пневмония — ограниченный пневмоклероз без бронхоэктазий). Обследование и лечение у педиатра-пульмонолога.

3. Респираторные аллергозы (предастма — по К. Ф. Ширяевой, бронхиальная астма). Обследование и лечение у детского аллерголога и педиатра-пульмонолога.

4. Системные и наследственно обусловленные заболевания легких. Обследование и лечение в специализированных соматических пульмонологических детских отделениях.

5. Хронические «хирургические» заболевания легких и пороки их развития (бронхоэктатическая болезнь, кисты легких и поликистоз, хронические абсцессы легких, гипоплазия легкого или его доли, секвестрация легкого, хронические эмпиемы плевры,

эхинококк легкого, опухоли легкого и т. д.). Обследование и лечение у детского торакального хирурга и бронхолога.

6. Состояния после перенесенных бактериальных деструкций легких. Наблюдение в течение 2 лет у педиатра-пульмонолога. При появлении признаков хронических неспецифических заболеваний легких необходимо бронхологическое обследование.

7. Состояния после аспирации инородных тел. Наблюдение в течение 2 лет у педиатра. При появлении признаков хронических неспецифических заболеваний легких также необходимо бронхологическое обследование.

8. Состояния после операций на легких. Наблюдение и реабилитация в течение 2 лет у детского торакального хирурга и педиатра.

Эффективность применения этой схемы и системы выявления детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких подтверждается тем, что в последние годы их стали распознавать в первые годы жизни. Ранняя коррекция данной патологии предотвратила многолетнюю хроническую гнойную интоксикацию. Наш опыт свидетельствует о хороших отдаленных результатах операций на легких по поводу хронических неспецифических заболеваний легких у детей первых лет жизни. Обязательным является проведение активной ранней реабилитации, включающей лечение в местном специализированном санатории в первые три месяца после операции.

В клинике модифицирована методика одномоментной двусторонней бронхографии с помощью барий-алтеинового контрастного состава. Этот метод существенно снижает сроки обследования и лучевую нагрузку на ребенка, позволяя получать высококачественные бронхограммы. Осложнений при применении указанного метода мы не встретили. Летальность в последние годы при лечении односторонних поражений отсутствует, общая послеоперационная летальность составляет 0,2%.

II. Инородные тела бронхов у детей

Частота аспирации инородных тел у детей, реальная опасность смертельных осложнений, значительный удельный вес развития хронических неспецифических заболеваний легких в отдаленные сроки — все

это объясняет актуальность данной проблемы. Основным диагностическим и лечебным приемом, который мы отстаиваем, является необходимость экстренной рентгенологической и бронхоскопической диагностики с последующим удалением инородного тела. При неудаляемых инородных телах считаем показанной временную их фиксацию путем бронхиальной окклюзии, которая дает возможность избежать такого опасного осложнения, как миграция инородного тела, и существенно облегчает ориентацию при выполнении бронхотомии. Для исключения множественных инородных тел обязательна бронхоскопическая ревизия всего бронхиального дерева. При острых инородных телах, внедрившихся в стенку бронха, применяем специальный инструмент для предотвращения разрыва полости. Надсекаем слизистую над внедрившимся участком и удаляем инородное тело под контролем зрения.

Следует подчеркнуть также обязательность активной терапии острого бронхита, всегда имеющего место у детей этой группы (ЛФК, ингаляции и аэрозоли с муколитическими ферментами, массаж грудной клетки, физиотерапия), и необходимости диспансерного наблюдения в течение 2 лет в связи с опасностью хронизации процесса.

Экспериментальные исследования и клинические наблюдения показали, что патологический процесс протекает наиболее бурно при аспирации органических инородных тел. Особенно неблагоприятным течением отличаются случаи аспирации колосьев злаков — заболевание характеризуется быстрым деструктивным процессом в легочной ткани.

III. Бактериальные деструкции легких

Сформулированные в 70-е годы принципы интенсивной терапии детей с данной патологией не потеряли своей значимости и сегодня. Наибольшую эволюцию претерпели наши взгляды на методы воздействия, направленные на очаг поражения. Предложенное нами выделение группы преддеструкций, включающей массивные сливные инфильтративные пневмонии и острые лобиты, способствовало разработке комплекса общей и местной терапии в виде обязательного внутрилегочного введения антибиотиков в пораженную долю и применения активной бронхоскопической санации. Рациональная терапия способствовала снижению числа злокачественно протекающих бактериальных деструкций легких и существенно улучшению результатов лечения. Мы полностью отказались от рекомендованных отдельными авторами радикальных операций при остром лобите; летальности в последние 7 лет при этой патологии нет.

Разработка новых методов местного воздействия на очаги деструкции позволила

пересмотреть и резко сузить показания к радикальным вмешательствам при бактериальных деструкциях легких и их последствиях. Мы считаем показанной радикальную операцию только при профузных легочных кровотечениях, осложняющих течение основного процесса, и при вторичных кистах, не поддающихся лечению разработанными в клинике методами. В настоящее время основным направлением лечения бактериальных деструкций легких у детей является сочетание интенсивной общей терапии с бронхоскопией и «малой» хирургией. При центрально расположенных очагах деструкции показана бронхоскопическая санация с катетеризацией (возможно предварительное бужирование) дренирующего полость бронха и самой полости. В ряде наблюдений применяли пролонгированное дренирование полости через назотрахеобронхиальный катетер. При крупных полостях указанную терапию сочетаем с дренированием полости по Мональди или по Сельдингеру с последующим проточным или встречным промыванием полости, ускоряющим ее санацию. При крупных периферических полостях чрескожное дренирование является обязательным. После санации полости осуществляем окклюзию дренирующего полость бронха или бронхов поролоновой plombой с последующей активной аспирацией из полости и проведением сеансов дыхания с повышенным давлением на выдохе. Такие лечебные манипуляции способствуют спадению полости, а введение в нее спирта, йода или клеевых композиций приводит к ее рубцеванию. Дренаж удаляем на 2—4-е сутки, obturator из бронха — на 7—12-й день. Среди 92 детей с бактериальными деструкциями легких, врожденными и приобретенными одиночными кистами легких лишь у 11 больных лечение оказалось неэффективным и потребовало оперативного вмешательства. Изучение отдаленных результатов применения разработанного метода с бронхологическим контролем в сроки от 2 до 7 лет ни в одном наблюдении не выявило рецидива полости или возникновения хронических неспецифических заболеваний легких. Решением Всесоюзного симпозиума детских хирургов (1988) метод рекомендован для внедрения в стране.

При лечении пневмоторакса мы широко используем методику временной бронхиальной окклюзии по Рафински—Гераськину. На 2-й день после дренирования плевральной полости при наличии продувания воздуха даже при расправленном легком считаем показанной бронхиальную окклюзию. Такая тактика полностью сняла проблему длительного дренирования плевральной полости и несостоятельности дренажных ран — дренажи удаляем на 4—6-й день. Нам представляются сомнительными рекомендации отдельных авторов, согласно ко-

торым бронхиальную окклюзию следует проводить лишь в поздние сроки при длительно (10—15 дней) нерасправляющемся легком.

Осуществление бронхиальной окклюзии и удаление пломбы заметно ускоряются и облегчаются применением специального набора инструментов, разработанного в клинике.

Многoletняя совместная работа с педиатрами, внедрение единой организационной системы выявления и комплексного лечения детей с бактериальными деструкциями легких позволили полностью избежать развития хронических эмпием плевры и «прободающих» эмпием (на протяжении последних 7 лет мы не наблюдали ни одного ребенка с этой патологией в зоне Казанского центра детской хирургии); а также дали возможность сократить среднее пребывание больного на койке и значительно снизить летальность. При бактериальных деструкциях легких, включая вторичные формы,

летальность в последние 5 лет составляет 1,2%.

Необходимо отметить, что последовательное систематизированное осуществление комплекса организационных, диагностических и лечебных мер привело к явному положительному медицински обусловленному патоморфозу острых и хронических хирургических заболеваний легких у детей. Основные проявления этого патоморфоза заключаются в исчезновении запущенных, злокачественно протекающих форм заболеваний, более легком клиническом течении и лучших ближайшем и отдаленном прогнозах.

Таким образом, на основании двадцатилетнего опыта хирургии легких у детей можно утверждать, что совместные усилия педиатров и детских торакальных хирургов позволяют добиваться ощутимых успехов в лечении детей этой группы.

Поступила 22.12.88.

УДК 616.351:616.352—007.253—089

О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

*И. А. Салихов, А. И. Большаков, С. Н. Коломенский, Ю. В. Аржанов,
А. А. Гильмутдинов, А. В. Карпов, Н. К. Старков*

Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главрач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР

Хронический парапроктит является следствием плохо леченного острого парапроктита и характеризуется наличием внутреннего отверстия в прямой кишке, свищевого хода с перифокальными воспалительными и рубцовыми изменениями в стенке кишки и клетчаточных пространствах таза, а также наружного отверстия на коже промежности [1]. Это довольно распространенное заболевание и встречается, по источникам литературы [2] и по нашим данным, у 15% больных с патологией прямой кишки. По нашему опыту тенденции к снижению заболеваемости не отмечается.

С 1983 по 1986 г. под нашим наблюдением находились 216 больных хроническим парапроктитом, поступивших из районов республики и г. Казани. Возрастной состав больных: до 20 лет — 3 человека, от 21 до 30 — 25, от 31 до 40 — 65, от 41 до 50 — 75, от 51 до 60 — 42, от 61 до 70 лет — 6. Наибольшая частота заболеваний приходится на наиболее работоспособный возраст, причем мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины, что согласуется с данными и других авторов [1].

Нами замечено, что частота заболевания хроническим парапроктитом среди сельского населения в 2,4 раза выше, чем сре-

ди городского (соответственно 1,034 и 0,43 на 10 тыс. населения), причем чаще болеют лица в возрасте от 41 до 60 лет (59,2%), тогда как среди городского населения заболевание выявляется в основном у лиц в возрасте от 31 до 50 лет (74,1%). Это обусловлено, на наш взгляд, особенностями труда и более пожилым составом сельского населения.

У трети больных (66) хроническому парапроктиту сопутствовали другие заболевания прямой кишки (геморрой, проктит, полипы, анальная трещина). Из 216 больных у каждого десятого наблюдались заболевания различных отделов желудочно-кишечного тракта (гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит), у каждого пятого — патология сердечно-сосудистой системы; обнаружены заболевания мочевыводящих путей (12), дыхательной (11) и нервной (8) систем, а также другие болезни (27). 142 (65,7%) пациента занимались физическим трудом, 61 (28,2%) — умственным. Пенсионеров было 13 (6%).

Практически существенно, что половина больных (50,9%) обращается за помощью в первый год заболевания.

Болевой синдром был определен у 122