

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Профессор **И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ, В. С. БАЖЕНОВ, Н. В. БУГАЕВ,
И. И. ЖИБУЛЬ, А. И. ФОМЧЕНКО, В. П. ИВАНОВ**

Из клиники госпитальной хирургии Витебского медицинского института
на базе областной клинической больницы

До 1959 г. торакальные операции производились под местным обезболиванием и только ограниченному кругу больных. Это были главным образом первичные обработки ран при проникающих ранениях грудной полости, пневмотомии при абсцессах, торакотомии и торакопластики по поводу эмпиемы плевры. Радикальные операции при раке и хронических нагноительных процессах легких производились редко. Всего было оперировано 58 больных.

К началу 1960 г. в клинике были освоены специальные методы исследования больных с заболеваниями легких, сердца и средостения, в практику введен интубационный наркоз с применением релаксантов. Стали систематически производиться радикальные операции (резекции) при заболеваниях легких, удаление опухолей и кист средостения, а с 1961 г. операции по поводу митрального стеноза. В этом периоде оперировано 116 больных.

Таким образом, мы располагаем опытом 174 операций на органах грудной полости.

По поводу рака легких нами оперировано 35 больных, из них 18 произведена пневмонэктомия, 6 — лобэктомия, 2 — перевязка легочной артерии и 9 — торакотомия. Большое число торакотомий обусловлено запущенностью болезни. Возраст больных 31—70 лет, из них 20 больных от 50 до 60 лет. Кроме обычных методов исследования, всем больным производилась бронхоскопия, бронхография, томофлюорография, бронхоспирография, цитологическое исследование мокроты и пунктата из плевральной полости. Это давало возможность правильно установить диагноз и выбрать необходимый объем операции.

Оперативное лечение рака легких мы сочетаем с применением в послеоперационном периоде тио-тэф. Положительный результат после такого лечения отмечен у больной К., 54 лет, у которой имелись метастазы в коже и подмышечных лимфоузлах. В 1959 г. ей произведена расширенная пневмонэктомия с интраперикардальной перевязкой сосудов и резекцией части перикарда. Под влиянием проведенного лече-

ния в послеоперационном периоде, метастазы рассосались и больная до сего времени хорошо себя чувствует и работает.

Из 35 оперированных больных умерло 10. Причиной смерти явились: остановка сердечной деятельности у 1 больного, кровотечение в послеоперационном периоде — у 1, расхождение культи бронха — у 2 и вторичный шок — у 6. Половина больных умерла в первый период нашей работы до 1959 г.

С нагноительными процессами легких и плевры оперирован 61 больной, в возрасте от 30 до 65 лет. Лоб- и билобэктомия произведена 22 больным, пневмонэктомия — 17, сегментарная и клиновидная резекция — 6, санирование плевральной полости и гораклопластика — 12, пневмотомия — 2, торакотомия — 2. Большое количество пневмонэктомий связано с тем, что больные длительное время (отдельные больные до 12 лет) лечились консервативными методами.

Для диагностики нагноительных процессов легких, так же как и при раке, широко применяются бронхография и томофлюорография. Больные оперируются после тщательной подготовки, включающей переливание крови, применения белковых препаратов, глюкозы, витаминов, тонизирующих и сердечно-сосудистых средств. Всем больным производится санация бронхиального дерева путем интратрахеального введения антибиотиков или ингаляцией. Перед операцией исследуется функция легочной и сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, пробы Штанге, Собразе, Мартинэ, изучение внешнего дыхания методом раздельной спирографии) печени и почек.

Непосредственные результаты: 51 больной выздоровел и 10 умерли. 4 больных умерли от шока в первый период нашей работы в связи с недостаточным местным обезболиванием. 3 — умерли от причин, связанных с введением наркоза в период его освоения. У 3 больных в послеоперационном периоде развилась сердечно-сосудистая недостаточность в результате длительной интоксикации.

Из особенностей оперативной техники следует отметить, что при пневмонэктомии нами применяется только раздельная перевязка сосудов корня легкого. На бронх накладывается танталовый шов при помощи аппарата УКБ или УКЛ. 6 больным раком легкого произведена расширенная пневмонэктомия с резекцией части перикарда. Перевязка сосудов у этих больных выполнялась интраперикардially.

Частичная резекция легкого (клиновидная, сегментарная, лоб- и билобэктомия) заканчивалась введением в плевральную полость двух дренажей для постоянной аспирации содержимого. Через 2—3 суток оставшаяся часть легкого расправлялась, дренажи удалялись.

После пневмонэктомии дренажей мы не применяли. Этим больным в течение 10 дней в плевральную полость ежедневно вводилось по 1 млн. ед. пенициллина и стрептомицина. Содержимое плевральной полости удалялось только при смещении органов средостения и сердца в здоровую сторону. При двустороннем поражении нагноительным процессом легких, а также после вскрытия обеих плевральных полостей, в конце операции накладывалась трахеостома.

В послеоперационном периоде всем больным назначались сердечные средства (камфара, строфантин), глюкоза, внутримышечно антибиотики, обезболивающие, вдыхание увлажненного кислорода и др.

С доброкачественными опухолями и кистами легких и средостения оперировано 9 больных, из них липома была у 3, туберкулома — у 2, дермоидная киста легкого — у 1, невринома — у 1, загрудинный зоб — у 1 и дермоидная киста средостения — у 1. Из этой группы больных у 1 больного был больших размеров загрудинный зоб, удаленный

чрездвухплевральным доступом с поперечным пересечением грудины. 1 большая оперирована по поводу гигантских размеров дермоидной кисты нижней половины переднего средостения с распространением в правую половину грудной полости. Киста удалена правосторонним чрезплевральным доступом с пересечением грудины. Эти и остальные оперированные больные выздоровели.

По поводу митрального стеноза оперировано 9 больных, из них у одной был стеноз митрального и аортального отверстий. У 5 больных митральная комиссуротомия осуществлена пальцем и у 4 (в том числе и при комбинированном стенозе) — чрезжелудочковым доступом при помощи диллятора Дюбо.

Одна операция произведена при открытом артериальном протоке и одна — при слипчивом перикардите. Из этой группы умер больной после субтотальной перикардэктомии, произведенной чрездвухплевральным доступом с поперечным пересечением грудины.

3 больных кардиоспазмом, закончившимся стенозом, оперированы по методу А. Н. Беркутова с благоприятными результатами.

С проникающим ранением грудной полости оперирован 51 больной. Из них у 1 больного было пулевое проникающее ранение левой половины грудной клетки. Винтовочная пуля насквозь пробила верхнюю долю левого легкого и наружную стенку нисходящей аорты; острый конец пули находился в просвете аорты, а основание ее находилось вне сосуда. Кровотечения из аорты не было, так как отверстие плотно закрывалось пулей. Движения пули были синхроничными пульсации аорты. Пуля удалена, отверстие в аорте ушито, рана легкого обработана и также ушита. Больной выздоровел. Из этой группы умерло 4 больных. Причиной смерти в основном явилась острая кровопотеря.

Кроме описанных групп, нами оперировано еще 3 больных по поводу другой патологии. У 1 больного была артериовенозная аневризма периферических сосудов правого легкого; аневризматически расширенные сосуды выделены и иссечены. 1 больная длительно страдала правосторонним ригидным пневмотораксом в результате перенесенной эмпиемы плевры ей произведена декортикация легкого, которое полностью расправилось и стало дышать. У 1 больного диагностирован полный разрыв левого главного бронха с ателектазом легкого (1,5 года назад перенес закрытую травму грудной клетки в результате автомобильной аварии).

Ему произведено сшивание разорванного бронха, после чего легкое включилось в акт дыхания. Эти больные благополучно перенесли операцию с хорошим результатом.

В заключение следует отметить, что много больных раком легких, а также с нагноительными процессами в легких поздно поступают в хирургические стационары. Раннее диагностирование рака легких должно идти, главным образом, по линии повышения квалификации поликлинических врачей, в том числе и рентгенологов. Длительное консервативное лечение больных нагноительными процессами в легких приводит к таким глубоким изменениям, при которых единственным рациональным оперативным вмешательством является пневмонэктомия. Лучшим же методом лечения больных абсцессами легких в первые два месяца следует считать консервативный. По истечении этого срока консервативное лечение является не эффективным, таких больных терапевты должны передавать хирургам. Такая тактика приведет к уменьшению количества пневмонэктомий и тем самым снизится послеоперационная летальность.