

Э. Т. КАРАПЕТЯН, В. А. АВЕТИСЯН

К МЕТОДИКЕ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКИХ*

Применение сегментарных резекций легких тесно связано с историей открытия сегментарного строения легкого.

Первая работа о сегментэктомии была опубликована в 1939 году, однако этот вид резекции получил распространение только после второй мировой войны [1, 4, 7, 14, 15, 16] и др.

В настоящее время высокоэффективный метод сегментарной резекции завоевал всеобщее признание и широко применяется как в хирургии легочного туберкулеза, так и при нагноительных заболеваниях легких. Применение сегментарных резекций у больных с ограниченным туберкулезным процессом предупреждает возникновение более распространенных хронических форм туберкулеза легких [4].

Несмотря на давность и распространенность вышеуказанных резекций, их методику еще нельзя признать усовершенствованной, ибо некоторые вопросы ее требуют разработки. Стремление внедрять новое, более совершенное в методике сегментэктомии диктуется требованиями практики.

Общеизвестным является тот факт, что эффективность частичных экономных резекций легких в предупреждении бронхиальных свищей и эмпиемы плевры стоит в прямой зависимости от быстроты расправления легкого в первые дни после операции. Расправлению легкого препятствуют просачивание газа из раневой поверхности и эксудация.

Существующие методики сегментарных резекций в общих чертах можно разделить на две группы: 1) методики типичных сегментарных резекций с тупым или острым выделением сегмента; 2) методики атипичных резекций с применением аппаратов механического шва.

В основе первой группы лежит раздельная обработка элементов корня сегмента с дальнейшим тупым или острым выделением легочной ткани. Например, Черчилль и Бельси [17] после обработки корня сегмента рассекали ткань сегмента по уточненным анатомическим границам между двумя зажимами. Этот метод не нашел применения. Пильчер и Лернер [11] после рассечения висцеральной плевры по границам сегмента тупо отделяли легочную ткань либо от корня, либо от периферии. Наконец, тупое отделение сегмента потягиванием за периферические культя артерии, вены и бронха применялось Кледжетом [16], Оверхольтом [15], И. С. Колесниковым [7], Л. К. Богушом [4] и др. Последняя методика нашла широкое применение, но имеет ряд существенных недостатков: а) при выраженных фиброзных изменениях легочной ткани не всегда возможно ту-

* Доложено на заседании Хирургического общества 4.VI 1963 г.

пое выделение сегмента, а насилие приводит к разрыву каверны или вскрытию казеозных очагов, что чревато опасностью инфицировать плевральную полость;

б) при тупом выделении сегмента повреждаются бронхиолы и сосуды соседних сегментов;

в) если поражение локализовано на границе двух сегментов с основным поражением одного из них, то вынужденно удаляют менее измененный сегмент и вместе с ним значительную часть здоровой легочной ткани;

г) после удаления сегментов при данной методике раневую поверхность оставляют открытой или сшивают.

В послеоперационном периоде наблюдаются осложнения в виде эмпием и бронхиальных свищей, остаточной полости, ателектаза и пр.

По данным К. К. Березовского, Г. С. Заброда [3], из 84 сегментарных резекций, выполненных по указанной выше методике, эмпиемы наблюдались у 10 больных (12%);

д) иногда после операции не удается полностью расправить легкое ни по причине ранних бронхиальных свищей, а вследствие образования легочного свища, который образуется в тех случаях, когда имеется коллатеральное дыхание, то есть между сегментами существуют бронхиальные соединения в виде мелких бронхиол, которые при операции могут быть повреждены, а в дальнейшем через них может просочиться воздух в плевральную полость, препятствуя полному расправлению легкого.

Несмотря на все недостатки этой методики, она нашла достаточно широкое применение в практике при ограниченных и относительно свежих процессах, когда сегмент выделяется свободно.

В основе второй группы методик лежит применение аппаратов механического шва (УКЛ-40, УКЛ-60).

Работы Н. М. Амосова [1], К. К. Березовского и Г. С. Заброда [3] указывают на то, что экономные резекции, произведенные аппаратом УКЛ-60, полностью заменяют типичные сегментарные резекции. Однако практика показала, что при резекциях с применением аппаратов механического шва (УКЛ-60) полностью удалить сегментарный бронх не удается, между тем как в основе сегментарных резекций лежит принцип полной ампутации сегментарного бронха, стенки которого, по данным английской туберкулезной ассоциации, в 95% случаев бывают поражены специфическим процессом.

Результаты пострезекционных исследований [10, 13] убедительно показывают увеличение процента бронхиальных свищей и обострений в зависимости от степени патоморфологических изменений стенки бронха туберкулезного характера. Таким образом, при резекции аппаратом УКЛ-60 слишком длинная культя бронха может явиться причиной прогрессирования процесса в послеоперационном периоде.

Мы согласны с мнением Н. И. Герасименко [6] о том, что атипичные резекции могут быть рекомендованы при изолированных ограниченных процессах, где клинически и рентгенологически исключается поражение бронха. При атипичных резекциях очень часто наблюдаются ателектазы,

которые возникают вследствие грубого захватывания и прошивания легкого при значительных его поражениях. Так, например, по данным К. К. Березовского и Г. С. Заброда [3], из 140 случаев атипичных резекций ателектазы наблюдались у 10 больных (7,1%). Хотя при данной методике такие осложнения, как эмпиема и бронхиальные свищи, наблюдаются сравнительно реже, но в отдаленном периоде обострение туберкулезного процесса бывает значительно чаще.

Располагая опытом более чем 60 сегментарных резекций при легочном туберкулезе, мы убедились в том, что при выборе той или иной методики надо исходить из особенностей патологического процесса.

Нами разработана методика сегментарных резекций с применением аппарата УКЛ-60, в основе которой лежит принцип ампутации сегментарного бронха и герметичного ушивания легочной ткани. Методика операции такова. После торакотомии и вскрытия переходной складки плевры последовательно обрабатываются элементы корня сегмента в зависимости от того, какой сегмент удаляется и каким доступом. В результате потягивания за периферические культы сосудов и бронха сегмент тупо немного отделяется от корня; раздуванием легкого определяется граница ателектазированного сегмента и по ней накладывается УКЛ-60, легочная ткань прошивается и сегмент удаляется. Производится плевризация культи бронха легочной тканью или лоскутом из пристеночной плевры. Необходимо указать, что в отношении обработки центральной культи бронха мы поступаем различно. Если диаметр сегментарного бронха обычный, что в основном наблюдается справа, то бронх прошиваем УКБ-16, а при малом диаметре сегментарный бронх перевязывается шелком и периферически накладывается несколько шелковых швов по Суиту. Операция заканчивается дренированием плевральной полости на 24 ч. и послойным ушиванием операционной раны. Вследствие герметичности механического шва и отсутствия раневой поверхности в послеоперационном периоде легкое расправляется в первые сутки, и экссудация оказывается незначительной. Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни.

Больной К. А., 32 лет, история болезни № 230. Поступил с диагнозом: хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких. В $\frac{1.2}{0}$ ВК+ в фазе затишья. В течение

двух лет лечился антибактериальными препаратами. При поступлении на томограмме справа в первом межреберье определялась неправильной формы каверна с толстыми стенками. На верхушке были очаговые изменения разной плотности. После подготовки произведена операция—удаление I—II сегментов правого легкого под интубационным наркозом эфир-кислород по вышеуказанной методике. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной был выписан по выздоровлению. На рентгенограмме справа видны танталовые скрепки, наложенные на бронхи I—II сегментов и на легочную ткань (рис. 1).

Аналогичную методику описывает М. И. Ширяк [9]. Данную методику мы разработали совершенно независимо и применяли у 25 больных, из которых у одной больной наблюдался бронхиальной свищ, у другого—остаточная полость. Оба больных выписались по выздоровлении.

Настоящая методика применялась нами в случаях, когда имелся фиброзно-кавернозный туберкулез с выраженным фиброзом легочной ткани или когда, наряду с основным очагом патологического процесса в одном сегменте, имеются небольшие изменения в соседнем. В таких случаях методом ощупывания берется в УКЛ-60 и этот участок соседнего сегмента. Резекция производится без всякого ущерба для здоровой ткани.

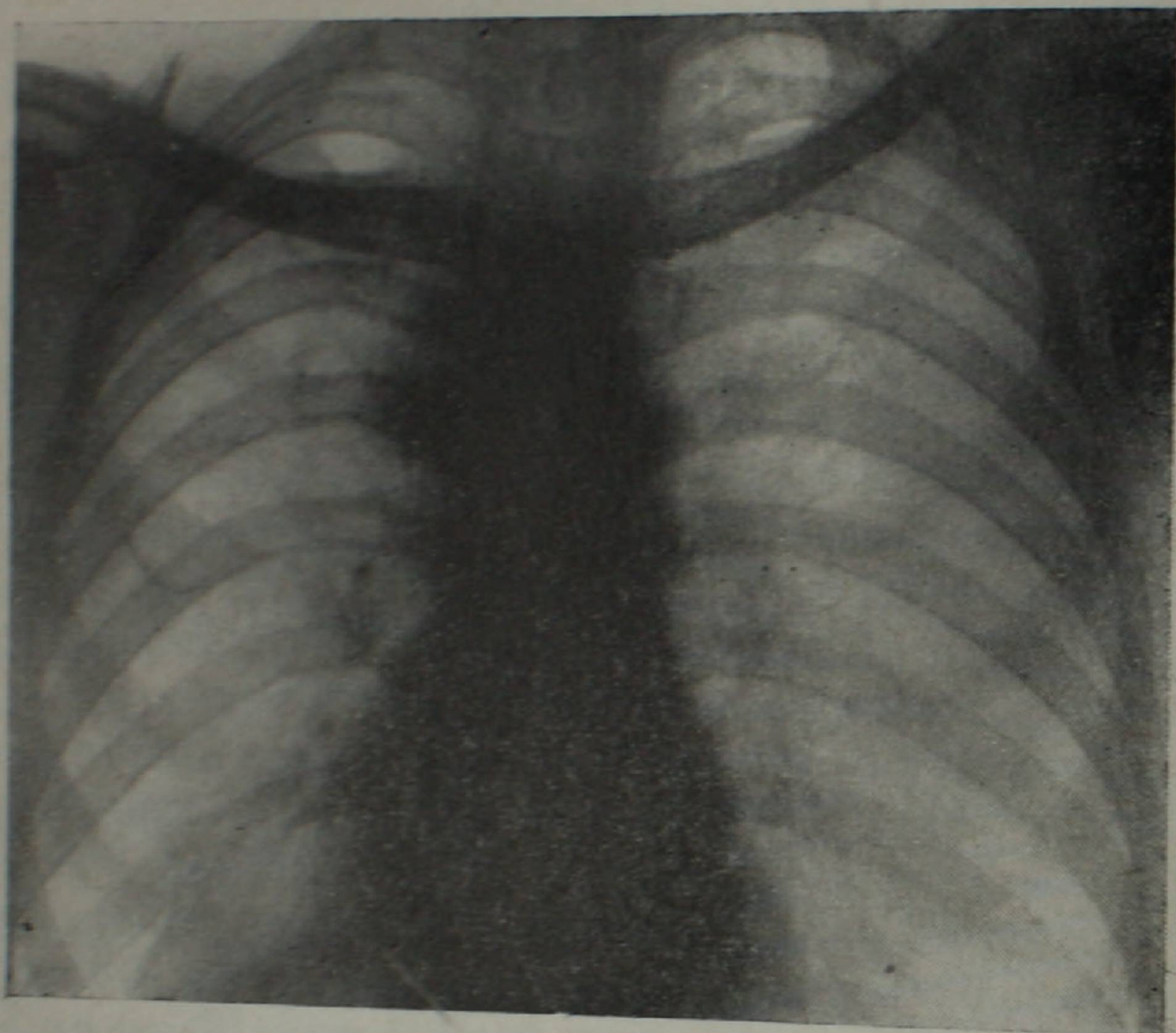


Рис. 1. Рентгенограмма легких больного К. А. после операции. Видны танталовые скрепки.

В ы в о д ы

1. Типичную сегментарную резекцию по Оверхолту следует применять при локализованных поражениях с относительно небольшой давностью, когда сегмент выделяется свободно.
2. Атипичные резекции с аппаратами механического шва (УКЛ-60, УКЛ-40) показаны при изолированных, ограниченных процессах, когда клинически и рентгенологически исключается поражение бронха.
3. Предложенная нами методика рекомендуется при значительных фиброзных и казеозно-очаговых изменениях легочной ткани и при локализации процесса на границе сегментов (больше в одном) с одновременным клинико-рентгенологическим поражением бронха.

Республиканский противотуберкулезный
диспансер Министерства здравоохранения
Армянской ССР

Поступило 20.VI 1963 г.

Է. Թ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Վ. Ա. ԱՎԵՏԻՍՅԱՆ

ԹՈՔԵՐԻ ՍԵԳՄԵՆՏԱՐ ՄԱՍՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻԿԱՅԻ
ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մինչ այժմ գոյութիւն ունեցող թոքի սեգմենտար մասնահատման բոլոր մեթոդներն ունեն էական թերութիւններ և չեն կարող ապահովել բարդութիւնների ցածր տոկոս, մանավանդ թոքերի դեստրուկտիվ տուբերկուլյոզի որոշ ձևերի ժամանակ, որտեղ առկա է թոքի հյուսվածքի արտահայտված ֆիբրոզը:

Նշելով թոքահանման տարածված մեթոդների թերութիւնները, մենք փորձի փոխանակման կարգով առաջարկում ենք թոքերի տուբերկուլյոզի դեստրուկտիվ սահմանափակ ձևերի ժամանակ արտահայտված ֆիբրոզով, թոքի սեգմենտար հատման մեր մեթոդը (Է. Թ. Կարապետյան), որի հիմքում ընկած է սեգմենտի արմատի էլեմենտների առանձին մշակում, թոքի հյուսվածքի հետագա հեռացումով մեխանիկական կար դնող ապարատի օգնութեամբ:

Մեր կողմից առաջարկված մեթոդը սեգմենտի տիպիկ հատման և կարող ապարատների օգնութեամբ թոքահատման կամ ատիպիկ հատման պարզ դուգակցումն է: Այն հանդիսանում է էֆեկտիվ և պրակտիկ մեթոդ թոքերի դեստրուկտիվ տուբերկուլյոզի նշված ձևերի ժամանակ և այն դեպքում, երբ սեգմենտի հիմնական ախտահարման հետ մեկտեղ կա նաև փոփոխութիւններ երկու սեգմենտների սահմանագծում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Амосов Н. М. Очерки торакальной хирургии. Киев, 1958.
2. Белкин В. Р., Горкин Н. С. Аппараты для ушивания корня легкого (УКЛ-60 и УКЛ-40). М., 1962.
3. Березовский К. К., Заброда Г. С. Новый хирургический архив, 1959, 1, стр. 18.
4. Богуш Л. К. Проблемы туберкулеза, 1956, 3, стр. 16.
5. Гарин Н. Д. Хирургические аппараты для резекции легких. М., 1962.
6. Герасименко Н. И. Сегментарные и субсегментарные резекции легких. М., 1960.
7. Колесников И. С. Проблемы туберкулеза, 1956, 3, стр. 9.
8. Лернер И. О. Зональная и сегментарная резекция легкого. Кишинев, 1956.
9. Ширяк М. И. Грудная хирургия, 1963, 2, стр. 79.
10. Кульчинский П. Е. Рефераты доклада XVI научной сессии Института туберкулеза АМН СССР, М., 1960, стр. 89.
11. Лернер И. О. Зональная сегментарная резекция легкого. Кишинев, 1956.
12. Andrews N. и др. Современные проблемы туберкулеза, 1957, 6, стр. 82.
13. Bcaulien M., Wang T., Duharme M. Современные проблемы туберкулеза, 1957, 5, стр. 61.
14. Chodakowska S., Lange I. Современные проблемы туберкулеза, 1959, 3, стр. 62.
15. Overholt R., Woods F. M., Ramsay B. H. Segmental pulmonary resection J. Thor. surg., 1950, 19, 2, 207—220.
16. Glagett O. J., Deterling R. A. A. technigue for segmental pulm. resection. J. Thor. surg. 1946, 15, 2, 222—238.
17. Churchill E. D., Belsey R. Segmental pneumonectomy in bronchiectasis. Ann surg. 1939, 109, 4, 481—499.