

П. О. КАЗАНЧЯН

ЗНАЧЕНИЕ АБАЦИЛЛИРОВАНИЯ ПЕРЕД
СЕГМЕНТАРНЫМИ РЕЗЕКЦИЯМИ ЛЕГКИХ
ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Высокая эффективность частичных резекций при туберкулезе легких обусловлена рядом факторов, обеспечивающих хорошие условия для предстоящей операции. Почти все хирурги сходятся на том, что операцию следует производить при хорошо ограниченных, находящихся в стойкой компенсации процессах, при отсутствии патологических изменений со стороны бронхиального дерева.

По мнению ряда фтизихирургов, в высокой эффективности резекций легких у больных туберкулезом немаловажную роль играет также прекращение бацилловыделения и наступающая санация полостей распада, создающие идеальные условия для производства операции [1, 2].

Н. И. Герасименко [2] отмечает, что санирование каверны перед операцией является крайне важным мероприятием в профилактике послеоперационных осложнений и поздних рецидивов после сегментарных и субсегментарных резекций.

Клинико-морфологические наблюдения показывают, что рациональным применением антибактериальных препаратов можно добиться не только абациллирования мокроты, но иногда даже превращения туберкулезных каверн в буллезные кисты. При этом каверна очищается от казеозных масс, туберкулезные грануляции вытесняются неспецифическими. В дальнейшем врастающий в полость бронхиальный эпителий выстилает санированную полость [6, 11]. Естественно, такие изменения наступают не часто и имеющееся стойкое абациллирование не говорит о полном отсутствии специфических изменений в стенках каверны и близлежащих очагах. Поэтому не исключается возможность обострений и рецидивов этих санированных полостей и очагов, сохраняющихся в окружающей ткани [11].

Исследования резецированных участков показали, что при стойком абациллировании в ряде случаев БК не высеиваются и из удаленных каверн. У больных с прекратившимся бацилловыделением за 1—3 мес. до операции Лестер с соавт. [8] в резекционных материалах БК обнаружили в 55,5% случаев, а при отсутствии бацилловыделения за 3—6 мес. до операции — в 20,9% случаев. При отсутствии же БК в мокроте более 6 мес. до операции в резецированных участках БК обнаружили лишь в 12,5% случаев.

Заслуживают внимания наблюдения Блока с соавт. [5], доказы-

вающие благоприятное влияние отсутствия БК в каверне на процессы заживления в близлежащих очагах. Так, когда в удаленной каверне были обнаружены БК, то в окружающих каверну очагах они были выявлены в 81% случаев; в случаях, когда БК не были обнаружены в каверне, в близлежащих очагах они были найдены в 10% случаев.

В отечественной литературе вопрос значения абациллирования перед резекцией освещен недостаточно. Особенно мало данных о влиянии бацилловыделения на возникновение послеоперационных специфических осложнений в виде эмпием плевры и бронхиальных свищей, а также обострений и рецидивов в отдаленные сроки операции.

Проанализировав результаты частичных резекций легких, мы задались целью показать значение бацилловыделения в эффективности операций.

Обследовав результаты первых резекций, произведенных в 1956—1958 гг., мы пришли к заключению, что прекращение бацилловыделения является положительным фактором, обеспечивающим более гладкое течение послеоперационного периода. Исходя из этого, в дальнейшем, в период подготовки больных к операции, мы старались не только добиться стойкой компенсации и ограничения туберкулезного процесса в легком, нормализации функций других органов и систем, но и прекращения бацилловыделения у части больных с относительно свежими кавернозными изменениями в легких.

В данной статье нами представлены результаты наблюдений над 145 больными, подвергшимися сегментарным резекциям при различных формах легочного туберкулеза. Мы задались целью установить определенные взаимоотношения между бациллярностью и ближайшими и отдаленными результатами операций. Вопрос негитивации мокроты решался нами, исходя из анализа мокроты и промывных вод бронхов методом флотации или посева.

Исследуемые больные подразделялись нами на три группы: I—больные, которые несмотря на проведенное антибактериальное лечение, оставались перед операцией бациллярными (39 больных); II—больные, которые после проведенного лечения за 1—3 месяца до операции стали абациллярными (30 больных); III—больные, которые не выделяли БК более чем 3 месяца до операции (76 больных).

Из 145 больных мужчин было 88, женщин—67. По возрасту они распределялись следующим образом: 14—20 лет—9 больных, 21—30 лет—75 больных, 31—40 лет—54, 41—50 лет—7 больных. До одного года болели 56 чел., от 1 до 2 лет—34, от 2 до 3 лет—9, от 3 до 5 лет—17, от 5 до 7 лет—12, от 7 до 10 лет—8, и 9 больных болели более 10 лет.

По форме туберкулезного процесса больные представляли следующую картину: туберкулома была у 40 больных, кавернозный туберкулез легких—у 33, фиброзно-кавернозный туберкулез был у 72 больных, из коих у 6 фиброзно-кавернозный процесс был двусторонним. Из 6 этих больных у 5 были произведены двусторонние резекции: у двух двусторонняя сегментарная резекция, у двух сегментарная резекция с одной

стороны сочеталась с лобэктомией с другой стороны, у одного больного с другой стороны была произведена комбинированная резекция легкого. Один больной после сегментарной резекции с одной стороны отказался от планированной операции на другом легком. Таким образом, у 145 больных были произведены 150 операций.

При поступлении у 69 больных с мокротой были выделены туберкулезные бактерии, а 76 были стойко абациллярными. Из 69 бактериальных больных туберкулома была у 10, кавернозный туберкулез—у 19, фиброзно-кавернозный туберкулез—у 40 больных, а из 76 стойко абациллярных больных туберкулома была у 30, кавернозный туберкулез—у 14, фиброзно-кавернозный туберкулез—у 32 больных.

В результате предоперационной подготовки из 69 больных, выделявших туберкулезные бактерии, 30 стали абациллярными в период от 1 до 3 мес. до операции. Рентгенологически у этих больных отмечалось рассасывание инфильтративных и очаговых изменений в окружающей основной процесс легочной ткани и в других участках легкого. Каверны и туберкуломы четко отграничились от окружающей легочной ткани, но не уменьшились в размерах. Остальные 39 больных продолжали выделять БК. Рентгенологически в большинстве случаев у этой группы больных констатировано стойкое состояние туберкулезных изменений в легких. При неэффективности антибактериальной терапии, о чем говорило наличие БК в мокроте, мы прекратили консервативное лечение, так как оно могло привести к развитию устойчивости БК к антибактериальным препаратам, что, по мнению большинства фтизихирургов, является отягчающим фактором для резекции [3, 10, 12].

Интересно отметить, что в наших наблюдениях из 19 больных с кавернозным туберкулезом легких стали абациллярными 13 чел., а из 40 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом стали абациллярными лишь 11 чел. Таким образом, антибактериальное лечение у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом приводило к абациллированию реже, чем у больных с кавернозными формами туберкулеза. Это обусловлено наличием фиброзной капсулы, ухудшением кровотока вследствие развития фиброзных изменений пораженного участка легочной ткани, препятствующих проникновению лекарственных веществ в каверну.

Анализируя результаты описанного контингента больных, мы хотели выявить значение абациллирования мокроты, как фактора, предупреждающего развитие послеоперационных осложнений. Известно, что при нарушении целостности каверны во время операции плевральная полость инфицируется. В 3 случаях мы столкнулись с этим осложнением у абациллярных больных и у всех послеоперационный период протекал гладко. Между тем у одного бактериального больного перед операцией данное осложнение привело после операции к развитию эмпиемы, а затем и образованию бронхиального свища. В ближайшие сроки после операции умерло 2 больных от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Связи между наступающим абациллированием мокроты и смерт-

ностью в ближайшем послеоперационном периоде нам не удалось установить. Эмпиема плевральной полости после операции развилась у двух больных I группы, в остальных группах этого осложнения не наблюдалось.

Бронхиальный свищ образовался у 7 больных: в 5 случаях у больных I группы, в 2—у больных II и III группы. У одного бронхиальный свищ закрылся в результате консервативных мероприятий, у 5 бронхиальный свищ был ликвидирован повторными оперативными вмешательствами типа торакопластики и ушивания бронхиального свища. Из 7 больных с бронхиальными свищами один умер после операции торакопластики и ушивания бронхиального свища от гипертермического синдрома и развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточности.

На значение бацилловыделения в образовании бронхиальных свищей указывал М. Д. Кореневский [4]. Из 29 больных с бронхиальными свищами, наблюдаемых автором, 19 перед операцией были бацилловыделителями, а у остальных БК были обнаружены в резецированных участках.

Приведенные данные говорят о неблагоприятном влиянии бацилловыделения на течение послеоперационного периода, а также о том, что абациллирование больных обеспечивает более гладкое его течение.

По вопросу влияния бацилловыделения на отдаленные результаты операций мнения разноречивы. Данные, приводимые Руи Де Лима [9], говорят о неблагоприятном влиянии бацилловыделения. Он наблюдал рецидивы туберкулезного процесса лишь у бациллярных больных, тогда как у абациллярных больных ни в одном случае не имелось рецидива туберкулезного процесса. Мнение Руи Де Лима не разделяют Ивасаки с соавт. [7]. Исходя из большого клинического материала, они пришли к выводу, что предоперационное бацилловыделение не особенно влияет на ближайшие результаты операций. В отдаленные же сроки наблюдения они имели рецидивы у бациллярных больных в 7,7% случаев, а у абациллярных процент рецидивов составил 5,5.

В отдаленные сроки после операции (от 6 мес. до 10 лет) нами велось наблюдение над 142 больными. У 136 (93,1%) констатирован стойкий клинический эффект, причем у 120 из них трудоспособность полностью восстановлена, у 16—понижена. У 6 (4,1%) больных развились обострения и рецидивы туберкулезного процесса, причем 5 из них были бациллярными перед операцией и один—стойко абациллярен. Последний больной страдал двусторонним фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и после первой операции сегментэктомии отказался от операции на другом легком. Процесс в неоперированном легком обострился и явился причиной развития рецидива в оперированном легком. Из 6 больных с рецидивами одна умерла после повторной операции удаления оставшихся участков легкого, остальные 5 продолжают лечение.

Сопоставляя ближайшие и отдаленные результаты сегментарных резекций легких при туберкулезе у трех групп больных, мы получили следующие результаты: из 39 бациллярных больных у 12 (30,7%) в бли-

жайшие и отдаленные сроки после операции мы имели специфические осложнения, из 30 больных II группы такие осложнения имелись у одного больного (3,3%), и лишь у двух (2,6%) наблюдались упомянутые осложнения из 76 стойко абациллированных больных (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость специфических осложнений от наличия БК в мокроте перед операцией

Бациллярность в мокроте	Количество больных	Специфические осложнения			Количество осложнений
		эмпиема плевр. полости	бронхиальный свищ и эмпиема	обострения и рецидивы	
I группа (БК положит. перед операцией)	39	2	5	5	12
II группа (БК отрицат. от 1 до 3 мес. до операции)	30	—	1	—	1
III группа (БК отрицат. более 3 мес. до операции)	76	—	1	1	2
Всего	145	2	7	6	15

Анализ 145 больных, подвергшихся сегментарным резекциям, показал, что сохранившееся бацилловыделение перед операцией является неблагоприятным моментом, влияющим на ближайшие и отдаленные результаты резекций легких при туберкулезе.

Таким образом, прекращение бацилловыделения, а также стойкое абациллирование обеспечивает более гладкое течение послеоперационного периода и наряду с другими факторами предупреждает развитие рецидива туберкулезного процесса.

Республиканский
противотуберкулезный
диспансер

Поступило 15/IX 1967 г.

Պ. Օ. ՂԱԶԱՆՅԱՆ

ԲԱՅԻԼԱԶԵՐՄԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒԹԵՐԿՈՒՅՈՂԻ ԺԱՄԱՆԱԿ
ԿԱՏԱՐՎՈՂ ՍԵԳՄԵՆՏԱՐ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻՑ ԱՌԱՋ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վիրահատումների արդյունքների համար բացիլազատման նշանակությունը ուսումնասիրելու նպատակով կատարվել է 147 սեգմենտալին մասնահատումների վերլուծություն. մասնահատումները կատարվել են թոքերի տուբերկուլյոզով տառապող հիվանդների մոտ:

Վիրահատումից առաջ 39 հիվանդներ արտադատել են տուբերկուլյոզային

ցուպիկներ (1-ին խումբ), 30 հիվանդներ անցկացված բուժումից հետո դադարել են արտադատել տուբերկուլոզային ցուպիկներ՝ վիրահատությունից 1—3 ամիս անաջ (2 խումբ), 76 հիվանդներ դադարել են ցուպիկներ արտադատել վիրահատումից հետո 3 ամսից էլ շուտ:

1-ին խմբի 12 հիվանդների մոտ վիրահատումից հետո զարգացել են հետևյալ հատկանշական բարդությունները. երկու հիվանդի մոտ պլևրալ խոռոչի թարախակալում (էմպիեմա), հինգի մոտ՝ բրոնխիալ խոռակներ, հինգ հիվանդի մոտ՝ տուբերկուլոզային պրոցեսի վերակրկնում (ռեցիդիվ):

2-րդ և 3-րդ խմբի 106 հիվանդներից երկուսի մոտ զարգացել են բրոնխիալ խոռակներ, իսկ մեկի մոտ՝ տուբերկուլոզային պրոցեսի վերակրկնում:

Այսպիսով, մինչև վիրահատումը բացիլազատման դադարեցումը, ինչպես նաև կայուն բացիլազերթումը ապահովում են ետվիրահատական շրջանի ավելի հարթ ընթացքը և այլ ազդակների հետ միասին նախականիսում են տուբերկուլոզային պրոցեսի վերակրկնումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бозуш Л. К. Сборник трудов Института туберкулеза АМН СССР. Якутский филиал. Якутск, 1961, вып. 8, стр. 98.
2. Герасименко Н. И. Сегментарные и субсегментарные резекции при туберкулезе легких. М., 1960.
3. Клебанов М. А., Бендет Я. А. В кн.: Авторефераты докладов XVI научной сессии Института туберкулеза АМН СССР. М., 1960, стр. 70.
4. Корневский М. Д. Труды VII Всесоюзного съезда фтизиатров. М., 1966, стр. 393.
5. Block R. G., Buchberg A. S., Permutt S., Neumann G. Amer. revue tubercul., 1958, 77, 2, 245.
6. Carbagni R., Zucchetti B., Ghigo M. Медицинский реферативный журнал, 1957, 10, стр. 79.
7. Iwasaki T., Shiozawa M., Oguma Y., Kumabe H. Bull. Union international contre la tubercul., 1960, 30, 2—3, 454.
8. Lester W., Colton R., Kent G. Amer. Rev. resp. Dis., 1962, 85, 6, 847.
9. Rui De Lima Bull. Union international Contre la tubercul., 1959, 29, 4, 788.
10. Schamaun M. Schweiz. Z. Tuberk., 1957, 14, 6, 409.
11. Schmidt P. G. Tuberk.-Arzt, 1963, 3, 137.
12. Sweetman W. R., Salyer J. M. J. Thor. Surgery, 1957, 34, 3, 344.