

В. А. АВЕТИСЯН

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧАСТИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Частичные резекции легкого при туберкулезе, получившие научное обоснование, являются наиболее эффективными и весьма физиологичными вмешательствами, и можно предположить, что разумное сочетание антибактериальной терапии и частичных резекций пораженных участков легкого должно явиться эффективным средством ликвидации туберкулеза.

Целесообразность применения частичных резекций и их высокая эффективность у больных с ограниченными деструктивными формами туберкулеза легких доказана многими советскими и зарубежными авторами [1—4, 8, 12, 13, 16, 17, 20, 22, 23].

Методика частичных резекций разрабатывается и с каждым днем совершенствуется, однако еще многие вопросы остаются научно не решенными. До последнего времени в литературе имеются разноречивые данные о сроках антибактериального до- и послеоперационного лечения больных, подлежащих частичной резекции легкого. Остается неясным вопрос интенсивности лечения.

Накопившийся клинический материал положительных результатов операций по поводу ограниченных процессов у больных, сравнительно мало леченных антибактериальными препаратами, и невозможность практического осуществления длительного антибактериального лечения у некоторых больных, развитие устойчивости, недисциплинированность больных, непереносимость препаратов и др. побудило нас изучить результаты частичных резекций легких у туберкулезных больных, леченных антибактериальными препаратами (короткими и длительными курсами), и, сравнивая полученные данные, выявить: а) насколько необходимо длительное проведение антибактериальной терапии у больных с локальным процессом до операции и б) как можно разумно сократить сроки предоперационной подготовки, чтобы предупредить развитие устойчивых форм микобактерий туберкулеза, так как в этих случаях увеличивается процент осложнений после операции [6].

Необходимо отметить, что разные по характеру процессы в легких и разные по тяжести больные должны получать различные виды антибактериальной терапии.

Однако больные, подвергшиеся частичным резекциям легкого, на наш взгляд, имеют много общего в проявлении заболевания (отграниченность

основного очага, общее удовлетворительное состояние, четко выраженная каверна или казеома, сравнительно хорошие функциональные данные, и могут подвергаться сравнительному клинико-рентгенологическому анализу.

В данной работе приведены результаты 131 случая частичных резекций легкого.

По длительности антибактериального лечения (от начальных проявлений заболевания до операции) все больные делились на две группы.

Первую группу составляли 62 больных, лечившихся на протяжении 4—6 мес. Сюда вошли больные с фиброзно-кавернозным туберкулезом, вновь выявленные (не лечившиеся), и больные со свежим деструктивным туберкулезным процессом, которые, поступив в хирургическое отделение, лечились там на протяжении 4—6 мес., но каверна у них продолжала четко определяться, и новых сдвигов в сторону ликвидации процесса больше не наблюдалось. Небольшое число в этой группе составляют больные с туберкуломами, также выявленные впервые. Мужчин в I группе было 40, женщин—22. В возрасте до 20 лет был один больной, от 21 до 30—35, от 31 до 40—25, свыше 40—1. Больных с давностью заболевания до 6 мес.—16, до 1 года—18, от года до 2 лет—13, свыше 2 лет—15. По форме заболевания больные I группы распределялись следующим образом: кавернозным туберкулезом—20, фиброзно-кавернозным—24, очаговым туберкулезом с распадом—1, туберкуломой—15, очаговым туберкулезом в сочетании с воздушной кистой—2.

Во вторую группу вошли 66 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом, а также больные с другими формами туберкулеза легких, лечившиеся до поступления в хирургическое отделение антибактериальными препаратами и поступившие туда в состоянии вспышки процесса или без нее. Больные этой группы со сравнительно большой давностью процесса лечились более 6 мес. (от года до 3 лет). Мужчин во II группе было 44, женщин—22. В возрасте до 20 лет были 3 больных, от 21 до 30—43, от 31 до 40—17, свыше 40—4. Больных с давностью заболевания до 6 мес. во II группе не было, до 1 года—5, от 1 года до 2 лет—23, свыше 2 лет—38. По форме заболевания больные второй группы распределены следующим образом: кавернозным туберкулезом—16, фиброзно-кавернозным—35, туберкуломой—13, очаговым туберкулезом в сочетании с воздушной кистой—4, хроническим текущим первичным туберкулезом легких—2.

Для больных первой группы срок дооперационного антибактериального лечения (4—6 мес.) устанавливался не случайно, а с учетом литературных данных о том, что действие антибактериальных препаратов к этому сроку ограничивается или вовсе останавливается [3, 5, 7, 14, 15, 18].

В лечении широко использовались общеукрепляющие средства и гормональные препараты. При лечении вновь выявленных больных пользовались комбинацией трех противотуберкулезных препаратов первого ряда.

Сроки дооперационного лечения больных с большой давностью процесса, ранее леченных антибактериальными препаратами безрезультатно, по возможности сокращались. До определения чувствительности микобактерий туберкулеза к препаратам первого ряда лечение начинали назначением последних, а при отсутствии эффекта переходили к препаратам второго ряда. Во всех случаях показаниями к операции являлись: четко определяемая каверна (рентгенологически и клинически) с наличием БК в мокроте или временным отсутствием их; каверна с выраженными фиброзными изменениями легочной ткани; наличие туберкуломы с распадом или без распада размером не менее 1—1.5 см в диаметре; наличие воздушной кисты в сочетании с туберкулезом.

Небольшая часть больных оперирована под местным обезболиванием, а основной контингент больных—под общим интратрахеальным наркозом. Во всех случаях проводилось капельное переливание крови с учетом кровопотери.

128 больным, находившимся под нашим наблюдением, произведена 131 операция частичных резекций (3 больным произведены двухмоментные двусторонние частичные резекции).

Характер операций и послеоперационных осложнений отражен в табл. 1, 2.

Таблица 1

Объем операции	Всего	I группа		II группа	
		слева	справа	слева	справа
Лобэктомия	29	11	7	7	11
Билобэктомия	5	—	3	—	2
Сегментарная резекция	79	17	21	25	16
Клиновидная резекция	2	2	—	—	—
Комбинированная резекция	11	3	2	5	1
Краевая резекция	5	1	1	1	2
И т о г о	131	27	34	38	32

Таблица 2

Вид осложнения	I группа	II группа
Несостоятельность швов	1	2
Эмпиема с бронхиальным свищом	3	11
Ателектазы	3	1
Отек легких	—	1
Пневмоплеврит	1	1
Торакальный свищ	—	1
Обострение туберкулезного процесса	1	4

Результат операции нами расценивался тремя критериями: хороший исход, осложнения (и обострения), летальный исход.

К случаям с хорошим исходом или ближайшим хорошим результатом отнесены те, при которых в послеоперационном периоде каких-либо проявлений обострения туберкулезного процесса не наблюдалось, явля-

ния интоксикации исчезли, улучшилось самочувствие, в мокроте не находили микобактерий туберкулеза, легкое на стороне операции полностью расправилось, и в нем рентгенологически не определялись активные туберкулезные изменения.

Ближайшие результаты операции были хорошими у 58 больных из 62—I группы (92%) и у 47 больных из 66 II группы (80%). Летальный исход был в 2 случаях в I и в 4—во II группе. Осложнения и обострения после операции чаще наблюдались у больных II группы (11 случаев), чем у больных первой группы (4 случая).

Отдаленные результаты были хорошими в 95% случаев у больных I группы и в 85% случаев у больных II группы. Таким образом, у больных I группы результаты частичных резекций оказались лучшими, чем у больных II группы.

М. Д. Корневский [20] получил полный клинический эффект при применении экономных резекций у больных, леченных антибактериальными препаратами на протяжении от 2 недель до 6 мес. (в среднем 2 мес.), применяя резекцию тогда, когда от антибактериальной терапии эффекта уже не наблюдается.

Следует отметить, что восстановление функции дыхания и сердечно-сосудистой системы после операции также происходило лучше у больных I группы, тогда как у больных II группы функциональные показатели после операции улучшались незначительно, а у некоторых больных они стали даже хуже по сравнению с дооперационными данными. Это следует объяснить плохими компенсаторными способностями организма, глубокими нарушениями газообменной функции легочной паренхимы, развитием фиброзных изменений вследствие хронического рецидивирующего туберкулезного воспаления и поражения сердечно-сосудистой системы под воздействием хронической интоксикации и, наконец, удалением сравнительно большого участка легочной ткани из-за обширности поражения ее туберкулезом у длительно страдающих туберкулезом больных.

В ы в о д ы

1. Результаты частичных резекций легких у больных туберкулезом, леченных антибактериальными препаратами сроком от 4 до 6 мес., лучше, чем у группы больных, леченных более 6 мес. (с большой давностью заболевания).
2. Осложнения и обострение процесса в послеоперационном периоде у больных, леченных коротким курсом, наблюдались реже, чем у длительно леченных.
3. Раннее применение частичных резекций при отсутствии клинического эффекта от антибактериальной терапии улучшает результаты этих операций.

Республиканский противотуберкулезный
диспансер

Поступило 10/IV 1966 г.

Վ. Ա. ԱՎԵՏԻՍՅԱՆ

ԹՈՔԵՐԻ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ, ԿԱԽՎԱԾ ՄԻՆՉ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒՄԸ ՏԱՐՎԱԾ ՀԱԿԱԲԱԿՏԵՐԻԱԿ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅՈՒՆԻՑ, ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ու մ

Չնայած թոքերի մասնահատումների բարձր արդյունավետությունը թոքերի սահմանափակ դեստրուկտիվ ձևերի ժամանակ կարելի է համարել գիտականորեն հիմնավորված, այնուամենայնիվ դեռևս շատ հարցեր պահանջում են գիտական պարզաբանում: Օրինակ, մինչև այժմ գրականության մեջ թոքերի մասնահատումների ժամանակ մինչև վիրահատումը և վիրահատումից հետո տարվող հակաբակտերիալ բուժման տևողության մասին տվյալները հակասում են: Չի ճշտված նաև բուժման ինտենսիվության հարցը:

Մեր աշխատանքում բերված թոքերի մասնահատման 131 դեպքերի արդյունքների վերլուծումը թույլ է տալիս անել հետևյալ եզրակացությունները.

1) Մինչ վիրահատումը 4—6 ամիս տևողությամբ հակաբակտերիալ բուժում ստացած հիվանդների մոտ թոքերի մասնահատման արդյունքները ավելի լավ են, քան 6 ամսից ավելի բուժում ստացողների մոտ:

2) Կարճատև բուժվածների մոտ թոքի մասնահատման վիրահատումներից եղած բարդությունները ավելի քիչ են, քան երկարատև բուժվածների մոտ, որոնց մոտ տուբերկուլյոզի պրոցեսը ունի ավելի մեծ վաղեմություն:

3) Թոքերի մասնահատման համեմատաբար վաղ կիրառումը թոքերի տուբերկուլյոզով հիվանդների մոտ, երբ հակաբակտերիալ բուժումը չի տվել դրական արդյունքներ, բարձրացնում է այդ միջոցառումների (թոքերի մասնահատումների) արդյունավետությունը և այս երկու միջոցառումների (հակաբակտերիալ բուժման և թոքերի մասնահատումների) մտածված զուգակցումը կնպաստի թոքերի տուբերկուլյոզի լիկվիդացման գործին:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Амосов Н. М. Очерки торакальной хирургии. Киев, 1958.
2. Березовский К. К. Диссертация. М., 1963.
3. Богуш Л. К. Проблемы туберкулеза, 1957, 7, стр. 67.
4. Богуш Л. К. Проблемы туберкулеза, 1962, 3, стр. 16.
5. Горецкая О. З., Резник Д. Б. и др. Проблемы туберкулеза, 1965, 7, стр. 81.
6. Джунусбеков А. Автореферат. М., 1964.
7. Клебанов М. А. и др. Проблемы туберкулеза, 1958, 6, стр. 16.
8. Колесников И. С. Проблемы туберкулеза, 1956, 3, стр. 9.
9. Колесников И. С. с соавт. В кн.: Экономика резекции легких при туберкулезе. М., 1965.
10. Кореневский М. Д. Хирургия, 1966, 1, стр. 24.
11. Кульчинский П. Е. Диссертация. М., 1962.
12. Перельман М. И. Резекция легких при туберкулезе. Новосибирск, 1962.
13. Прохазка Я. и др. Вестник хирургии, 1959, 10, стр. 23.
14. Пурцхванидзе Ч. Г., Пуганова В. Е. Проблемы туберкулеза, 1960, 4, стр. 41.
15. Рабухин А. Е. Проблемы туберкулеза, 1957, 7, стр. 41.
16. Семенкин П. А. и Копейко И. П. Проблемы туберкулеза, 1963, 11, стр. 22.

17. **Ширяк М. И.** Грудная хирургия, 1963, 2, стр. 79.
18. **Шмелев Н. А.** Проблемы туберкулеза, 1962, 6, стр. 23.
19. **Шмелев Н. А.** Проблемы туберкулеза, 1963, 8, стр. 16.
20. **Шулутко М. Л.** Вестник хирургии, 1959, 1, стр. 55.
21. **Шулутко М. Л.** Вестник хирургии, 1961, 1, стр. 66.
22. **Owerholt et al.** Pulmonary resection in the treatment of tuberculosis J. thorac. surg. 1946, 15, 6, 384—417.
23. **Wilson W.** Resection in the treatment of pulmonary tuberculosis. Dis. J. thor. surg. 1950, 20, 6.