

Ответы на вопросы:

Проблем с сосудистыми анастомозами в послеоперационном периоде не было. Эндоскопический контроль у первой больной был проведен через полгода. Роста волос в просвете трахеи не отмечено. Вопрос о косметической операции на предплечье обсуждается. Данная методика имеет преимущества перед другими этапными операциями в плане одномоментного создания каркасности трахеи.

Прения

Королева Н. С.: Представлена новая методика закрытия обширных дефектов передней стенки трахеи после ларинготрахеопластики с введением Т-образной трубки. Данная методика подкупает своей надежностью и ее следует применять.

Самохин А. Я.: Идея использования лоскутов с микрохирургической техникой возникла более 10 лет назад, но не была применена на практике. Получены хорошие результаты и это говорит о жизнеспособности метода.

Вишневецкий А. В.: Предложен интересный метод закрытия дефектов трахеи. Но, может быть, лучше было бы использовать лоскуты из других областей тела, чтобы не было косметических дефектов на руках.

Гудовский Л. М. (Заключительное слово докладчиков):

Смысл операции в том, чтобы закрыть дефект трахеи в один, а не в несколько этапов. Методика обеспечивает каркасность трахеи, ригидность передней стенки.

Перельман М. И. (Заключительно слово председателя)

Данная демонстрация имеет как бы два полюса. На одном — плохая хирургия и большие дефекты трахеи, на другом — современная хирургия с наложением микрососудистых анастомозов. В свое время в Ленинграде пластику дефектов трахеи встречными лоскутами предложил проф. Лимберг А.А. Представленная методика имеет преимущества перед другими. Предложен еще один метод закрытия дефектов шейного отдела трахеи, что подтверждает прогресс хирургии.

2. Наумов В. Н., Тестов В. В., Жилин Ю. Н., Тестова Л. И. (Центральный НИИ туберкулеза РАМН). Больной после двусторонних комбинированных операций по поводу распространенного остро прогрессирующего туберкулеза легких.

Больной К., 22 лет, находился в ЦНИИТ РАМН с 24.07.96 по 8.10.97 с диагнозом: казеозная пневмония слева, БК+. Туберкулез легких выявлен в марте 1996 г.: фебрильная лихорадка, выраженные симптомы интоксикации, быстрая потеря веса и развитие легочно-сердечной недостаточности. Диагностирован инфильтративный туберкулез легких с двусторонними множественными деструкциями. С начала заболевания — стационарное лечение не менее чем 4 туберкулостатиками. Состояние ухудшилось, развилась казеозная пневмония слева с инфильтративными изменениями в правом легком. В июне 1996 г. перенес инфекционный гепатит, после чего возникла непереносимость рифампицина, этамбутола, пиразинамида.

Поступил в тяжелом состоянии с ежедневными подъемами температуры тела до 39,5°C, одышкой в покое до 22 в 1 мин, значительно усиливающейся при минимальной физической нагрузке, постоянной тахикардией до 140 уд/мин. Масса больного 52 кг при росте 182 см. Рентгенологически определялась сливная инфильтрация и гигантская каверна в верхней и средней зонах легкого, в нижней зоне легкого множество крупноочаговых теней с мелкими полостями деструкции. Справа в верхней зоне инфильтрация и несколько каверн.

В мокроте БК свыше 100 в поле зрения, установлена устойчивость к стрептомицину и канамицину, рифампицину, изониазиду. Выявлены протеинурия до 8 г/л, увеличение показателей печеночных проб.

Установлен клинический диагноз: Казеозная пневмония с формированием гигантской каверны слева. БК+. Амиллоидоз. Хронический активный гепатит. Легочно-сердечная недостаточность II—III ст.

По жизненным показаниям решено выполнить этапное двустороннее хирургическое лечение по методике, разработанной в хирургической клинике ЦНИИТ РАМН.

Непосредственно перед операцией ЖЕЛ снижена до 30% от должного, pO_2 70 мм Hg, pCO_2 45 мм Hg, на ЭКГ тахикардия 140 уд/мин, гипертрофия правых отделов сердца и очаговодистрофические изменения миокарда. Эхокардиография — значительное снижение сократительной способности миокарда. Исследование свертывающей системы крови — тромбогеморрагический синдром.

В течение 9 дней проведена предоперационная подготовка: инфузионно-трансфузионная терапия с включением дезинтоксикационных дезагрегантных и сердечных препаратов (в том числе сердечные гликозиды и фосфокреатин).

28.11.96. проведен первый этап хирургического лечения: 1) трансстернальная трансперикардальная окклюзия левого главного бронха, 2) кавернотомия слева, 3) экстраплевральный пневмолиз справа с тампонадой экстраплевральной полости порономом, 4) трахеостомия.

В течение 4,5 месяца продолжалась ИВЛ через трахеостому в режиме умеренной гипервентиляции. В послеоперационном периоде продолжена инфузионно-трансфузионная терапия с назначениями фосфокреатинина, сердечных гликозидов, нитратов. Газовый состав крови в течение 2 месяцев после операции колебался: pO_2 от 40 до 60 мм Hg, pCO_2 от 39 до 50 мм Hg. Со 2-го месяца стали улучшаться показатели газового состава крови: pO_2 до 90 мм Hg, pCO_2 от 40 до 48 мм Hg.

С первых же суток послеоперационного периода стойко снизилась, а вскоре нормализовалась температура тела. Противотуберкулезная терапия восстановлена со вторых суток послеоперационного периода и осуществлялась в непрерывном режиме 5 туберкулостатиками последующие 7 месяцев. Проводилось открытое лечение вскрытой каверны. После первого этапа хирургического лечения стойко абацилярен. В апреле 1997 г. больной переведен на самостоятельное дыхание с применением дозированной кислородотерапии.

14.05.97. проведен второй этап хирургического лечения — пульмонэктомия слева из подмышечного доступа. Со вторых суток послеоперационного периода восстановлено самостоятельное дыхание (кислородом). Через 1,5 месяца перестал пользоваться кислородом, стал ходить. Сформирован фиброторакс слева. Рентгенологически в сентябре 1997 г. наблюдалось рассасывание инфильтративных изменений в единственном правом легком и ретракция поронового обтуратора в экстраплевральной полости справа. Каверны не определялись. Газовый состав крови при дыхании воздухом нормальный.

8.10.97 больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии и уехал на родину в Дагестан.

Цель демонстрации: Показать эффективность нового способа хирургического лечения двусторонних остро прогрессирующих деструктивных процессов в условиях развившихся полиорганных осложнений с исчерпанными резервами для терапевтического лечения.

Ответы на вопросы

Масса тела больного при поступлении была 52 кг, при выписке 65 кг. При гистологическом исследовании удаленного легкого обнаружена казеозная пневмония. Больной нуждался в пневмонэктомии слева, но верхняя доля правого легкого была разрушена. Поэтому была использована пороновая губка для коллапса верхней доли правого легкого. При первом вмешательстве не была выполнена трансстернальная пневмонэктомия слева из-за боязни развития бронхиального свища и эмпиемы плевры.

Прения

Колесников В. Д.: Идея пломбировки плевральной полости порономом не нова, но от нее отказались. Не ясно, почему авторы вновь использовали этот материал. Но победителей не судят.

Воробьев А. А.: Следует поздравить авторов с хорошим результатом лечения крайне тяжелого больного.

Наумов В. Н. (Заключительное слово докладчиков): Раньше, когда речь шла о двустороннем процессе в легких, нельзя было даже мечтать об излечении такого больного. Сейчас это можно делать, техника отработана, и можно получить хороший результат.

Перельман М. И. (Заключительно слово председателя):

Демонстрация, безусловно, интересная. Лечение такого больного дорого, но жизнь его спасена. Наблюдение представляет научный и практический интерес. Самую первую операцию на легких, причем двустороннюю, сделал хирург Блок в 80-х годах прошлого века. В 90-х годах во Франции Тюфье сделал двустороннюю резекцию легких при туберкулезе. Следует поздравить докладчиков с успехом. Пороном, хотя и старый материал, но в данном случае он оправдан.

Перельман М.И.
Итоги I международной конференции
по хирургии туберкулеза.