ПРОТОКОЛ 215-ГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ 02.11.93.

Председатель — проф. А.И.Пирогов, референт — проф. Н.С.Королева.

Доклад

А.И.Воробьев. Лимфогранулематоз — диагностика и лечение.

Лимфогранулематоз был описан 160 лет назад, но до сих пор неизвестен клеточный субстрат этой опухоли. Не найдены мутагены, его индуцирующие; он возникает как бы сам по себе. Болезнь обычно начинается с увеличения шейного лимфатического узла или тени средостения. Видимо, лимфогранулема — это продукт одной мутировавшей клетки. После мутации в течение нескольких лет болезнь развивается латентно, опухоль растет, не меняя своих свойств. В дальнейшем среди опухолевых клеток появляются новые субклоны, и с этого момента лимфогранулематоз приобретает злокачественное течение.

Обычно диагностика болезни начинается с биопсии. Первое правило при ее проведении — брать для исследования только опухолевые узлы. Чем больше узел, чем он раньше возник, тем точнее результаты биопсии. Рентгенологически выявляется большая тень, обычно в переднем средостении. Нередко отмечаются конгломераты лимфатических узлов в виде трубы. При увеличении бронхопульмональных узлов очень важно не пропустить момента прорастания их в легкое. При лучевой терапии необходимо так экранировать легкие, чтобы первичный очаг вероятного поражения целиком входил в зону облучения.

В биоптате обнаруживают стертый рисунок и на фоне его — клетки Березовского-Штернберга, очень крупные, различающиеся двух- или трехядерностью и большими ядрышками, сравнимыми по размеру с ядром лимфоцита. Нельзя ставить диагноз на основании только цитологического анализа пунктата лимфатического узла: вероятность попасть на клетку Штернберга при пункции не очень велика, к тому же эти клетки могут встречаться и при далеко зашедшей лимфосаркоме. По гистологическим вариантам лимфогранулематоз делится на несколько форм — это лимфоидное преобладание, смешанно-клеточный вариант, нодулярный склероз и лимфоидное истощение. Тактика лечения зависит от варианта болезни.

Лечение лимфогранулематоза в течение многих лет оставалось хирургическим — удаление очага, особенно если он был единственным. Этим часто достигалась ремиссия, продолжавшаяся по несколько лет. Современный подход начался в 30-е годы, когда Петерс, а потом Каплан стали применять при лечении лимфогранулематоза рентгено-, а затем гамма-терапию. В нашей стране облучение при лимфогранулематозе первым применил А.С.Павлов. Лучевая терапия исходила из принципа системности распространения опухоли: облучались все зоны возможного метастазирования выше и ниже

диафрагмы в дозе порядка 40 Гр. С этого времени стало возможным радикальное излечение лимфогранулематоза.

В начале 60-х годов Де Вита предложил схему МОРР — мустарген, онковин, прокарбазин и преднизолон. Но еще задолго до него, в конце 40-х годов, проф. Ларионов применил эмбихин — синоним мустаргена — для лечения лимфогранулематоза у нас в стране. Потребовалось 20 лет, чтобы этот препарат вернулся к нам в составе программы, дающей очень высокий процент выздоровлений. Смысл программного применения цитостатиков заключается в подавлении уже имеющихся опухолевых субклонов, которые в будущем могут дать рецидив. В начале 70-х годов для лечения лимфогранулематоза стали применять комбинированную терапию (лучевую и химиотерапию). Примерно в это же время стали поступать сообщения о возможной индукции современным лечением вторичных опухолей, чаще всего острых нелимфобластных лейкозов. Выяснилось, что мустарген вызывает точечные мутации, а сочетание его с гамма-облучением приводит к грубым нарушениям структуры генома и возникновению вторичных опухолей. Однако дальнейшие исследования показали, что при месячном перерыве между химиотерапией и облучением вторичные опухоли практически не развиваются.

В настоящее время существует множество схем химиотерапии лимфогранулематоза. Наилучшим режимом считаются программы чередующихся курсов МОРР (в Германии — СОРР) и АВВД с последующей лучевой терапией на зоны вероятного поражения. При этом достигается до 85% выздоровления при неосложненных I, II и III стадиях и до 60% — при нелеченной IV стадии. Тем не менее у ряда больных такое лечение не дает эффекта, и в этом случае применяют так называемую терапию второй линии, гораздо более жесткую и мощную. В последнее время при резистентном или рецидивирующем лимфогранулематозе используют терапию мегадозами цитостатиков с последующей аутологичной трансплантацией костного мозга, что дает до 40% длительных ремиссий.

Ответы на вопросы

При IV стадии лимфогранулематоза проводится лечение по радикальной программе, и даже на этой стадии можно говорить о выздоровлении.

Для диагностики лимфогранулематоза необходима биопсия, а не пункция. Пункция недостоверна. Если диагноз поставлен до операции, оперировать больного не нужно. Если диагностика интраоперационная, следует попытаться удалить все, что возможно.

Селезенку удаляют, если проведена химиотерапия, а селезенка остается увеличенной, или есть лейкопения. В последнее время сочетание туберкулеза и лимфогранулематоза встречается редко.

А.И.Пирогов (заключительное слово председателя). Представлены исчерпывающие данные по диагностике и лечению лимфогранулематоза. Доклад интересный и полезный.

ПРОТОКОЛ 216-ГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ 07.12.93.

Председатель — академик М.И.Перельман, референт — проф. Н.С.Королева.

Доклад

А.Н.Погодина (НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского). Огнестрельные ранения груди (материалы НИИ СП им.Н.В.Склифосовского о событиях 3—4 октября 1993 г.)

В НИИ СП им.Н.В.Склифосовского на лечении находилось 134 пострадавших с огнестрельными ранениями различной локализации, поступивших 3—4 октября 1993 г. Огнестрельные ранения груди были у 38 больных, что составило 28% от общего количества пострадавших. У большинства больных имела место травма конечностей (62 человека; из них у 51 — изолированная и у 11 —

в сочетании с другими повреждениями). Огнестрельная черепно-мозговая травма наблюдалась у 18 пациентов (изолированная в 16 случаях, сочетающаяся с другими повреждениями — в 2). Ранения таза и брюшинного пространства были у 4 больных.

Структура огнестрельной травмы груди была представлена следующим образом.

Из 38 пострадавших с огнестрельными ранениями груди в 21 наблюдении имела место изолированная травма, у 17 больных — сочетанная, причем в 10 случаях имелись одновременные ранения груди и конечностей, груди и живота, груди и черепа, а в 7 были торакоабдоминальные ранения. Проникающие ранения груди отмечены у 25 больных, непроникающие (слепые ранения грудной стенки, касательные ранения мягких тканей) — у 13 пациентов.

Проникающие ранения груди в 9 случаях сопровождались возникновением большого гемоторакса, у остальных пострадавших был выявлен средний и малый гемоторакс.

Наиболее тяжелую группу представляли пострадавшие с торакоабдоминальными ранениями (7 наблюдений). В 5 случаях превалировала травма органов брюшной полости, в 2 имелись конкурирующие по тяжести повреждения как органов брюшной полости и забрюшинного пространства, сопровождавшиеся массивным кровотечением, так и органов грудной полости также с массивным кровотечением.

Большим с большим гемотораксом была выполнена торакотомия, при которой в четырех случаях произвели резекцию легкого, в 5 — ушивание ран легкого. У одного из этих пациентов было одновременное тяжелое ранение правой верхней конечности с переломом плечевой кости и ранением плечевой артерии, поэтому торакотомия выполнялась после осуществления временного гемостаза путем наложения зажимов на плечевую артерию, а после торакотомии был осуществлен окончательный гемостаз путем протезирования плечевой артерии. В 2 случаях при торакотомии было установлено наличие проникающего ранения в брюшную полость, что потребовало после завершения торакального этапа операции выполнения лапаротомии.

При наличии среднего и малого гемоторакса тактика заключалась в хирургической обработке ран, удалении инородных тел, дренировании плевральной полости.

У больных с непроникающими ранениями производили хирургическую обработку ран, извлечение инородных тел.

Анализ клинических наблюдений огнестрельных ранений груди свидетельствует о значимости рентгенологического исследования с целью установления признаков повреждений органов груди, превалирования повреждений органов груди или живота, локализации инородных тел, уточнения характера ранения (сквозное, слепое). При наличии ранений груди, сопровождающихся большим гемотораксом, показано выполнение торакотомии. При подозрении на торакоабдоминальное ранение показана хирургическая обработка раны с ревизией раневого канала, дренирование плевральной полости.

Из 38 больных 5 погибли от острой кровопотери и множественных повреждений органов груди и живота. У всех погибших были торакоабдоминальные ранения.

Ответы на вопросы

Максимальное число раненых было доставлено в первые 12 часов. Проникающих ранений груди было 25.

Институт не обладает опытом выполнения торакоскопии при огнестрельных ранениях. Несомненно, существуют показания к выполнению торакоскопии, если предполагается торакоабдоминальное ранение. Об этом говорит опыт лечения больных с открытой травмой груди.

Лапароскопия показана при закрытой травме живота, а также при ранении пограничных областей — поясницы, ягодичной области. Тяжелых повреждений груди и головы не было.

Пневмомедиастинум был обусловлен повреждением париетальной плевры в области диафрагмы.

При торакоабдоминальных ранениях и кровотечениях в плевральную полость начинали с торакотомии. В сомнительных случаях и при большом кровотечении в грудную и брюшную полости необходимо оперировать одновременно двумя бригадами.

При двустороннем гемотораксе и проведении операции двумя бригадами доступом служили две передние торакотомии. При изолированной травме груди выполняли переднебоковую торакотомию.

Если по тяжести и клиническим данным можно было предположить наличие источника кровотечения, то раненый поступал из машины «Скорой помощи» прямо в операционную.

Гемотрансфузии были выполнены во всех случаях, в том числе и при ранениях полей органов.

В случае огнестрельных ранений торакоскопия не показана.

Из 300 случаев сочетанной травмы нами применен дважды сочетанный доступ. Предпочтительнее оперировать из отдельных доступов.

При наличии большого гемоторакса показана операция. При среднем и малом гемотораксе показана обработка раны и дренирование плевральной полости.

При динамическом наблюдении устанавливается факт остановки кровотечения или его продолжения.

За 2 часа до начала поступления раненых институт был готов к их приему.

Один пострадавший поступил в бронезилете. Часть пластин бронезилета была вдавлена в плевральную полость. У него имелся перелом трех ребер. Выходное отверстие было над лопаткой.

Прения

Ю. В. Бирюков. У нас имеется небольшой опыт лечения огнестрельных ранений — около 20 больных, поступивших в НЦХ и 20-ую больницу.

Готовы ли мы были к поступлению раненых? Уже 1.10.93 г. все базы ММА перешли на дежурство.

В настоящее время изменился характер огнестрельных ранений. Как правило, это ранения из автоматического оружия с применением пули со смещенным центром. Это приводит к тяжелым комбинированным ранениям.

Если имеется ножевое или пулевое ранение органов брюшной полости, то показана лапаротомия. При повреждении плевральной полости современным огнестрельным оружием необходимо расширить показания к торакотомии, так как риск самой торакотомии значительно ниже.

При политравме необходимо оперировать двумя бригадами, однако поэтапная операция также оправдана.

Переливание крови и проведение антибактериальной терапии показано во всех случаях.

Л. М. Гудовский. В наше отделение поступило трое больных с ранениями пулями со смещенным центром. Первый больной поступил в состоянии шока. При рентгенологическом обследовании выявлен гемоторакс. Кроме того, имелись признаки повреждения печени. Решено было выполнить торакофренолапаротомию. Обнаружено ранение легкого, а также разрыв ткани печени и почки справа.

У второго больного было трудно определить локализацию торакотомии, так как входное отверстие было слева, а гемоторакс справа. Во время операции обнаружено ранение легкого справа. В плевральной полости — 2 литра крови. Ранение трапециевидной мышцы, лопатки, разрушено 3 грудных позвонка и 3 ребра. Оба больных погибли.

У третьего больного имелось ранение сосудов шеи и верхушки правого легкого с разрывом I-го ребра.

В. Д. Колесников. При поступлении раненых в октябре 1993 г. были расширены показания к торакотомии. Практически всем раненым в грудь была выполнена торакотомия. В Афганистане этот процент составил — 8,5, во Вьетнаме — 10. Даже при большом гемотораксе и поступлении раненого в первые 3 часа необходимы пункция, дренирование и реинфузия. Если при проведении заместительной терапии и продолжающемся кровотечении состояние ухудшается, то это является показанием к торакотомии. При торакоабдоминальном ранении необходимо определить, какое повреждение является более тяжелым. Например, перитонит (лапаротомия), симптомы острой сердечно-легочной недостаточности (гемоперикард, симптомы тампонады сердца) или в клинике превалируют симптомы кровотечения.

Тактика: быстрая остановка кровотечения. Применяется срединная лапаротомия и дренирование плевральных полостей или торакотомия, диафрагмотомия и ревизия печени.

А. Н. Кабанов. У нас имеется опыт 330 торакоабдоминальных ранений за 9 лет. Тактика изменилась, так как изменился характер огнестрельных ранений. При огнестрельных ранениях тактика зависит от источника кровотечения и наличия признаков продолжающегося кровотечения.

При ножевых ранениях показана торакоскопия, при которой необходимо решить, каким способом следует остановить кровотечение, и при необходимости выполнить лапаротомию.

В связи с применением торакоскопической техники значительно уменьшилось число торакотомий (с 36 до 13%).

А. Н. Погодина (заключительное слово докладчика). Обсуждение говорит о необходимости выработки тактики при торакоабдоминальных ранениях, закрытой травме и огнестрельных ранениях груди. Необходимо учитывать, что ситуация разная в мирное и в военное время.

М. И. Перельман (заключительное слово председателя). В историческом плане принципы лечения огнестрельных ранений груди не изменились. Они были сформулированы еще П.А.Куприяновым и А.П.Колесниковым. За короткое время нам представлен второй доклад и большого прогресса нет. Это объясняется малым опытом, в том числе и моим — всего 3 операции за 2 года по поводу огнестрельных ранений груди.

Когда производить торакотомию? В современных условиях сомнения решаются в пользу торакотомии. При тораколапаротомии желательнее привлекать специалистов. Необходимо использовать современные методы диагностики, применение при необходимости аппарата искусственного кровообращения и всех достижений кардиохирургии для восстановления поврежденных органов. В наших наблюдениях эти условия не использовались, а при тяжелых комбинированных ранениях основным условием возможности выполнения операции является поддержание функции мозга и сердца. Смертность от кровопотери

и шока в условиях мирного времени можно уменьшить, применяя искусственное кровообращение и реинфузию крови.

Антибиотики целесообразно применять в начале операции и вводить их в вену, инородные тела необходимо удалять всегда.

ПРОТОКОЛ 217-ГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА г.МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ 17.05.94.

Председатель — проф. А.А.Вишнеvский, референт — проф. Н.С.Королева

Демонстрация

Ю.И.Галлингер, Л.М.Гудовский, М.А.Русаков, А.А.Волков (НЦХ РАМН). Больной после торакоскопической резекции легкого.

Больной Г., 43 лет, госпитализирован по поводу кольцевидной тени в 9-м сегменте правого легкого, выявленной при флюорографии. Клинически заболевание ничем себя не проявляло, жалоб пациент не предъявлял. При компьютерной томографии установлено, что образование непосредственно прилежит к висцеральной плевре и имеет диаметр 2,2 см. Проводилась дифференциальная диагностика между первично-полостным раком и кистой легкого. Решено выполнить торакоскопическое удаление образования.

Операция проведена под общей анестезией с отдельной интубацией бронхов в положении больного на левом боку. При этом использованы инструменты для лапароскопической хирургии, а также специальные пластмассовые троакары без клапанов (торакопорты) и эндоскопический сшивающий аппарат ENDOGIA-30 производства фирмы "Auto Suture". Произведена резекция участка легкого вместе с образованием. Резецированный участок удален через расширенное до 2,5 см отверстие в месте стояния одного из торакопортов. Введены два дренажа.

При гистологическом исследовании — картина туберкулеза, в связи с чем начата специфическая терапия. Послеоперационный период без осложнений, дренажи удалены на 3-и сутки, на 8-е сутки пациент выписан.

Целью демонстрации является показ перспектив дальнейшего совершенствования эндоскопических методов лечения заболеваний органов дыхания, в частности видеоторакоскопической резекции легкого.

Ответы на вопросы

Операция продолжалась 2 часа 10 минут. Экономического эффекта при этой (первой) операции не было. При опухолях торакоскопическая операция показана у пожилых больных, которым противопоказана даже торакотомия.

ПРОТОКОЛ 218-ГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА г.МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ 15.11.94.

Председатель — акад. М.И.Перельман, референт — проф. Н.С.Королева

Демонстрация

А.Н.Латышев (Российский НИИ фтизиопульмонологии). Больной после удаления невриномы средостения из медиастиноскопического доступа.

Больной С., 38 лет. Изменения в средостении выявлены при флюорографии в июле 1994 г. и расценены как внутригрудная лимфаденопатия неясного генеза. Осмотрен фтизиатром. Заподозрен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Для уточнения диагноза направлен в Российский НИИ фтизиопульмонологии.

Поступил с жалобами на субфебрильную температуру, чувство дискомфорта в области грудины справа. Реакция Манту с 2 ТЕ — папула 20 мм. На рентгенограмме и томограмме — патологическая овальная тень, похожая на увеличенный трахеобронхиальный лимфоузел справа. При трахеобронхоскопии выявлена деформация устья правого верхнедолевого бронха за счет нависания передней стенки.

Следует согласиться с Ю.Г.Шапошниковым, что необходимо ставить вопрос о запрещении применения современного огнестрельного оружия; оно приводит к генетическим нарушениям в организме раненого.

А.А.Вишнеvский (заключительное слово председателя). Представлена новая методика резекции легкого путем торакоскопии. Ее следует совершенствовать и развивать. Демонстрация представляет интерес.

Доклад

М.И.Перельман (ММА им.И.М.Сеченова, НЦХ РАМН). Состояние и перспективы развития торакальной хирургии. Доклад опубликован в журнале "Пульмонология".

Ответы на вопросы

Чрезвычайно важной является оценка радикализма во время операции. Нужны новые методы. И может быть постепенно, в ряде случаев, хирургия рака легкого уступит место консервативному лечению. Пример тому — лимфогранулематоз. Сейчас он хорошо лечится без операции, а 20 лет назад это казалось нереальным. В Западной Европе и Америке гнойных заболеваний практически нет. В подготовке пульмонологов-терапевтов важно повысить уровень — как теоретический, так и практический. Пульмонолог-терапевт должен уметь производить бронхоскопию и торакоцентез. Вопрос об экономных резекциях при раке легкого подлежит серьезному изучению и пересмотру. Среднее пребывание больного в стационаре в СССР составляло 35 дней. В России на сегодня 112 фтизиохирургических и около 80 онкологических стационаров. Всего в России около 400 различных торакальных отделений, из них в Москве — 25. Должна быть свобода научных направлений. Все новые направления — видеохирургия, телехирургия и другие должны развиваться. Они способствуют прогрессу других отраслей медицины. Развитие трансплантологии дало толчок к поиску средств борьбы с инфекцией, видеохирургия важна для изучения средств борьбы с болью.

А.А.Вишнеvский (заключительное слово председателя). В торакальной хирургии еще очень много проблем, и прежде всего, организационных. Прогресс очевиден, но внедрение всех новшеств идет медленно. Доклад очень информативный, интересный и полезный.

Под эндотрахеальным наркозом 22.09.94 г. произведена медиастиноскопия из разреза до 2,5 см на 1 см ниже яремной вырезки. В клетчатке средостения обнаружено несколько мелких, до 0,5 см в диаметре, антракотичных лимфоузлов, которые удалены для морфологического исследования. При дальнейшем осмотре области правого трахеобронхиального угла в заднем средостении выявлено образование размерами 4x3 см темно-бурого цвета с капсулой, через которую видны белесовато-желтоватые включения. Само образование не имело выраженных сращений с клетчаткой. Тяж, который отходил от него вверх и кзади, взят на зажим, коагулирован и пересечен. Дальнейшее выделение образования привело к повреждению его капсулы. Выделилась жидкость коричневого цвета и детритоподобное содержимое. Аспирация электроотсосом. Спаившиеся стенки кистоподобного образования удалены после коагуляции и пересечения второго тяжа, идущего к позвоночнику. Продолжительность операции 55 мин.

Плановое гистологическое исследование выявило картину невриномы.

В послеоперационном периоде имелся невыраженный парез правой голосовой складки. В настоящее время голос восстанавливается.

Цель демонстрации — показать возможности удаления новообразования средостения, в данном случае невриномы, из медиастиноскопического доступа.

Прения

О. В. Ловачева. До операции у больного нельзя было исключить фтизиопатологию. Желательно было знать лимфоцитарный состав бронхиального секрета. В алгоритме дифференциальной диагностики есть бронхоальвеолярный лаваж, но в данном случае он ничего не дал бы для установления диагноза. В целом наблюдение интересное.

В. П. Стрельцов. Такую операцию удалось сделать благодаря новой конструкции медиастиноскопа, автором которой является сам докладчик. Наблюдение интересное и представляет первый опыт медиастиноскопического удаления невриномы. Важно то, что операцию выполнял опытный эндоскопист и делал это хорошим инструментарием.

Н. С. Королева. Победителей не судят. Но, если бы было известно заранее, что у больного невринома средостения, наверное, ее удаляли бы путем торакотомии. Осиплость голоса после операции обусловлена травмированием возвратного нерва. Больного следует направить к фониадру. В целом торакоскопическая хирургия имеет большие перспективы.

М. И. Перельман (заключительное слово председателя). Представлена демонстрация первого в нашей стране торакоскопического удаления невриномы средостения.

Доклад

С. Р. Добровольский, З. П. Фишкова, Г. Ф. Шереметьева и М. И. Перельман (НЦХ РАМН). Госпитальная летальность в торакальной хирургии и пути ее снижения.

В отделении торакальной хирургии за 30 лет (с 1963 г. по 31.12.92 г.) госпитальная летальность при заболеваниях органов грудной клетки составила 3% и в разные десятилетия варьировала от 2,7 до 3,3%.

Наиболее частым заболеванием среди умерших больных были опухоли органов грудной клетки (64%). Почти половину всех умерших составили больные раком легкого. Частота летальных исходов за последние (1983—1992) годы по сравнению с начальным периодом (1963—1972 гг.) снизилась в 1,3 раза при воспалительной патологии и последствиях травмы; увеличилась в 1,5 раза при опухолях. Каждый третий умерший больной перенес пневмонэктомию, каждый четвертый — резекцию легкого, каждый десятый — восстановительную или реконструктивную операцию на трахее и бронхах.

Основными причинами госпитальной летальности являлись послеоперационные инфекционно-септические осложнения, прогрессирование основного заболевания, тромбоэмболия легочной артерии, дыхательная недостаточность и хирургическое кровотечение.

Помимо непосредственных причин смерти больных, установленных на вскрытии, клинико-анатомический анализ позволил выявить факторы, имеющие значение в летальном исходе. Среди них более 1/4 обусловлены диагностическими и тактическими ошибками в дооперационном периоде, 17,2% — связаны с методическими и техническими дефектами во время операции и более 1/3 — с ошибками и дефектами диагностики и лечения послеоперационных осложнений.

Среди дооперационных дефектов клинической диагностики, сыгравших важную роль в танатогенезе, преобладали нераспознанные сопутствующие заболевания (у 12,2% умерших), значительно реже на секции

выявляли отдаленные метастазы злокачественной опухоли (у 2,6%); еще реже имело место полное расхождение клинического и патологоанатомического диагноза (у 0,5%). Причины летального исхода у 6,7% умерших после операции больных связаны с недооценкой противопоказаний к хирургическому лечению в результате отсутствия достоверных функциональных критериев. Показания к операции у подобных больных в значительной степени основаны на таких субъективных факторах, какими являются врачебная интуиция, активность хирурга и предполагаемый риск. С тактическими ошибками при планировании операции связаны летальные исходы у 6,7% умерших после операции. Среди них наиболее частой ошибкой являлось отсутствие подготовки больных к операции и, как следствие, неверный выбор времени проведения хирургического вмешательства; реже имели место неоправданная этапность хирургического лечения, вид операции и оперативный доступ.

Наиболее частыми методическими и техническими дефектами во время операции являлись повреждения сосуда или предсердия, неполноценный гемостаз, резекция трахеи и бронха по опухоли, нарушение свободной проходимости дыхательных путей.

Среди недостатков ведения послеоперационного периода более частыми были тактические ошибки в виде длительного безуспешного применения консервативных методов лечения уже возникшей эмпиемы плевры и дефекты диагностики осложнений.

Проведенный клинико-анатомический анализ показал, что основное значение для летального исхода имели причины, обусловленные решениями и действиями врачей. Устранение явных дефектов диагностики и лечения до, во время и после торакальной операции может способствовать значительному уменьшению числа летальных исходов.

Ответы на вопросы

После пневмонэктомии летальность 10,6%. Понятие "тяжесть исходного состояния" включало в себя критическое состояние больных, операции которым выполняли по жизненным показаниям. "Недооценка противопоказаний к операции" — это недооценка сопутствующих заболеваний. Увеличение летальности в последние годы можно объяснить выполнением более рискованных операций.

Прения

В. П. Стрельцов. Доклад необычный, но такой анализ должна проводить каждая клиника. Ибо только тогда можно осуществлять профилактику осложнений и уменьшить летальность.

З. Н. Айтаков. Доклад интересный. Надо отдать должное мужеству хирургов, которые честно говорят о летальности и врачебных ошибках.

Л. Е. Логинов. В докладе отмечена высокая летальность после эндоскопических вмешательств. Это настораживает. Следует различать тяжесть исходного состояния больных и недооценку противопоказаний.

Н. С. Королева. Доклад имеет важное практическое значение. Большую помощь в анализе летальности оказала регулярно проводимые клинико-анатомические конференции.

Л. К. Бронская. Важно содружество хирургов с анестезиологами и реаниматологами.

М. И. Перельман (заключительное слово председателя). Исхода из полученных данных, летальность за 30 лет практически не изменилась, хотя появились новые диагностические приборы, новые лекарства, новые методы операций. Но стали выполняться более сложные операции и манипуляции. Важно, что 2/3 больных умерли фактически по вине врачей. Было установлено, что в 1/3 случаев причиной летальных исходов являются дооперационные ошибки, в основном диагностические. Материал поучителен и полезен для всех торакальных хирургов.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ ОТ 18 АПРЕЛЯ 1995 ГОДА

Проф. Н. А. Дидковский, к. б. н. В. М. Говорун, к. м. н. Г. В. Белова. Хламидиоз респираторного тракта.

Эпидемиологические исследования последних лет показали заметное увеличение заболеваемости хламидиозом, особенно хронических форм, во всех странах. В докладе подробно освещены вопросы биологии хламидий, которые являются облигатными внутриклеточными энергозависимыми паразитами. Цикл развития

хламидий включает три формы, длится около 40 часов и завершается разрушением пораженных эпителиальных клеток. Заражение происходит воздушно-капельным, бытовым и половым путем. В докладе отражены основные представления об особенностях иммунного ответа на хламидии.

Ранее считалось, что поражения респираторного тракта, вызванные хламидиями, возникают только у новорожденных или ослабленных детей. В настоящее время появились отдельные сообщения о возникновении данной патологии и у взрослых. Хламидии могут

вызывать ринит, фарингит, трахеит со скудной симптоматикой, а также затяжные бронхиты и пневмонии.

Обсуждены вопросы диагностики хламидиоза, дана оценка серологическим и цитологическим методам (РСК, ПИФ, РТГА, ИФА и др.). Привлечено внимание к новому методу диагностики — обнаружению ДНК возбудителя с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Рассмотрены современные подходы к терапии хламидийных инфекций.

Ст.н.с. И.К.Малашенкова, С.А.Руднев, А.М.Вахнин, В.В.Веребрюсова. Демонстрация двух случаев хламидиоза с развитием синдрома хронической усталости.

а) Представлен случай затяжного течения бронхита и фарингита хламидийной этиологии на фоне вторичного иммунодефицитного состояния с развитием тяжелого течения синдрома хронической усталости (СХУ) у 6-ой Г., 48 лет, страдающей хроническим гипацидным гастритом, синдромом нарушенного всасывания, дисбактериозом, хроническим тонзиллитом.

Изменения характера течения бронхита — без периодов отчетливой ремиссии в течение 7 мес. с эпизодами резкого ухудшения и развития очаговой пневмонии, неэффективность антибактериальной терапии (ранее эффективной), нарастание симптомов интоксикации и признаков СХУ, выраженная дисиммуноглобулинемия с длительным увеличением содержания IgM при снижении IgG заставили искать новый этиологический фактор в развитии данного состояния у больной. Методом ПЦР в соскобе из зева и мокроте обнаружена *S.trachomatis*. При посеве указанных материалов на питательные среды другой патологической флоры не выявлено. Клиническое и лабораторное обследование позволило исключить генитальный хламидиоз. Поскольку больная в течение 7 мес. неоднократно получала антибиотики широкого спектра, в том числе с антихламидийной активностью, проводили лечение с применением антисептиков, экстракорпоральную и квантовую терапию на фоне применения антиоксидантов, поливитаминов с микроэлементами, иммуностимулирующими препаратами, пищеварительными ферментами, муколитиками. Получен положительный клинический эффект, который сопровождался исчезновением хламидий при повторных исследованиях материала соскоба из зева и мокроты. В настоящее время больной продолжается комплексная иммунореабилитация, проводится динамическое наблюдение.

б) Второе наблюдение: 6-ная С., 30 лет, с хроническим хламидиозом респираторного и генитального трактов. Особенностью случая было сочетание поражения генитального и респираторного трактов с развитием фарингита, бронхита, аднексита, эндометрита, вторичного

бесплодия, кандидоза слизистых и тяжелого СХУ на фоне иммунодефицитного состояния по гуморальному звену (снижение IgA и IgG). Как и в первом случае, признаков СХУ до настоящего заболевания у пациентки не было, несмотря на частые ОРЗ. СХУ прогрессировал с течением заболевания и включал такие симптомы, как симпатоадреналовые кризы и другие признаки вегетативной дисфункции, соматогенно обусловленную субдепрессию, миалгии, артралгии, похудание (несмотря на прежний рацион питания), выраженную утомляемость и слабость и др. Общепринятая антибактериальная терапия хламидийной инфекции (согласно рекомендациям ВОЗ) была неэффективной. В настоящее время больной начата комплексная программа иммунореабилитации.

Вопросы

Врач Сергеев В.И. Чем обусловлено повторное обнаружение хламидий у части больных после проведения специфической антибактериальной терапии — реинфекцией или неэффективностью лечения?

Ответ: Как правило, это обусловлено неэффективностью терапии, хотя возможно и реинфицирование.

Врач Гладкова А.В. Чем объясняются неудовлетворительные результаты антибактериального лечения хламидийных инфекций?

Ответ: Это связано с биологическими особенностями хламидий, которые способны образовывать L-формы, длительно оставаться внутри клеток, что позволяет им «ускользнуть» от антибиотиков.

Врач Усольцева Т.П. На каком принципе основан метод полимеразной цепной реакции?

Ответ: Полимеразная цепная реакция представляет собой многократно повторяющиеся циклы синтеза специфической области ДНК-мишени в присутствии ДНК-полимеразы, дезоксирибонуклеозидтрифосфатов и олигонуклеотидных затравок — праймеров, определяющих границы участка репликации. С помощью компьютерного анализа подобрана система праймеров, позволяющая синтезировать фрагменты ДНК, характерные для каждого микроорганизма.

В заключительном слове проф. Л.И.Дворецкий подчеркнул большую актуальность поднятой проблемы хламидиозов в пульмонологии. Принципиально важным и новым является предложение авторов сообщения о связи хламидиоза респираторного тракта с развитием синдрома хронической усталости. Неудовлетворительные результаты терапии хламидийных инфекций требуют дальнейшего изучения особенностей иммунного ответа на хламидии, что может послужить основой для разработки новых подходов к лечению этих заболеваний.