

Таким образом, на основании литературных данных и собственного опыта мы должны прийти к следующим выводам:

1. Данные пальпации для клинического диагноза блуждающей почки недостаточны.
2. При блуждающей почке необходимо полное урологическое исследование больного для гарантии от ошибок и для выяснения деталей заболевания.
3. Наиболее ценные данные в диагностике опущенной почки представляет контрастный рентгеновский снимок.
4. Основанием для оперативного вмешательства при блуждающей почке являются только вызванные ею осложнения:
 - а) нарушение нормального оттока мочи из лоханки (атония лоханки, перегиб и сужение мочеточника, пиелоэктазия, гидронефроз);
 - б) инфекция (пиеэлит, пионефроз);
 - в) явления со стороны соседних органов (аппендицит, тифлит и перитифлит, холецистит, сращения в углах толстых кишек, сдавление 12-п. кишки и привратника, давление на нервные стволы).
5. При истеро-неврастении без строгих показаний лучше воздержаться от операции.
6. Заболевания опущенной почки, как туберкулез, новообразование, иногда камни, являются противопоказанием к нефрэктомии.

Из Хирургического отделения санатории № 1 в Гульрипше (директор глав. врач В. Р. Линденберг, зав. отд. Н. В. Антелава) и санатории Совпрофа Грузии (директор глав. врач П. Е. Морозов, консульт. физиатр д-р Н. В. Бодунген).

В защиту верхушечной пластики.

Н. В. Антелава.

Если в настоящее время на страницах периодической печати я выступаю в защиту верхушечной торакопластики, которая казалось бы, уже за границей получила признание, то только потому, что в нашем Союзе этой операцией занимаются мало, кроме того некоторые физиатры и хирурги относятся к ней с предубеждением. Между тем, верхушечная торакопластика имеет свою историю, определенную оперативную технику и свои строгие показания для применения.

Можно сказать со всей категоричностью, что ни одна из торакальных операций не подвергалась такому детальному изучению и усовершенствованию, как верхушечная пластика. Достаточно указать на тот факт, что имеется около 20 модификаций этой операции (Iacubovici, Baumgartner, Coffey, Maurer, Lyonnet, Eis, Rost, Harms, Lauwers, Fleischer и др.). Усовершенствование ее методики продолжается и по настоящее время. О них мы скажем ниже.

Современная легочная хирургия на данном этапе своего развития выдвинула целую серию отдельных оперативных вмешательств, которые имеют свои показания и свой круг применения. Уже постепенно начинает отходить то время, когда хирурги фиксировали свое внимание на одном виде операции и все случаи туберкулезного поражения легких подводили под нее. Хирургическая мысль не могла успокоиться на достижениях прошлых лет, она ищет новые пути опе-

ративного лечения туберкулеза легких, отвечающие новым задачам и соответствующие современным взглядам на происхождение, течение и лечение этого заболевания.

Огромное количество наблюдений заставило многих современных физиатров и хирургов оглянуться на пройденный путь и подвергнуть его критике.

Основным оперативным методом в коляпсотерапии нужно считать экстраплевральную торакопластику, которая является после искусственного пневмоторакса по своим результатам наиболее полноценной операцией.

Следует указать, что в Америке в оперативной коляпсотерапии намечилось умеренное течение (A l e x a n d e r), рассчитанное на то, чтобы в первую очередь предложить больному менее тяжелую операцию, которая для него, однако, должна явиться менее опасной, чем сама туберкулезная каверна. Обычно там самой ходкой операцией является, после пневмоторакса, вмешательство на диафрагмальном нерве. Этим и объясняется та богатая статистика, какой располагают по данному вопросу американские хирурги: Согуllo s произвел 18.000 френдикус-эксерезов, O'Вггe n 4.000. Подобных цифр нельзя найти в Европе. Что же касается торакопластики, то в методику производства ее был внесен принцип дозировки и селективности вмешательства.

Аналогичные установки были давы и французской школой (M a u g e r), выставившей требование моделирования грудной клетки, т. е. перформирования хирургическим путем грудной клетки 6-го, сопряженного как с наименьшей травмой для больного, так и с наибольшими возможностями коляпса измененной легочной ткани и снадения расположенных там деструктивных очагов. Лозунг M a u g e r — нет одной операции торакопластики, а есть столько операций, сколько больных — постепенно начинает становиться основным руководящим принципом современной торакальной хирургии и получает всеобщее признание. Таким образом, дозировка пластики, селективность вмешательства и индивидуальность подхода — вот те положения, которыми характеризуется оперативная коляпсотерапия сегодняшнего дня.

Побуждающим моментом, заставившим выдвинуть указанные новые принципы в торакопластике, пужно считать желание найти возможно менее травмирующие и менее опасные виды оперативного вмешательства, область применения которых соответствовала бы локализации каверны и пораженного отдела легкого. Помимо незначительности травмы, такие вмешательства ценны и потому еще, что они оставляют нетронутыми здоровые участки легочной паренхимы. Кроме того, индивидуально рассчитанное моделирование грудной клетки, как указал проф. Эйнис на I-ом Всеукраинском противотуберкулезном съезде в Одессе, 1934 г., имеет колоссальное значение для самого больного, т. к. от размера и характера вмешательства зависит время восстановления трудоспособности его.

В самом деле, имея изолированные верхушечные каверны или каверны, расположенные в подключичном или в передне-латеральном отделе легкого, не следует прибегать к задней торакопластике.

Не говоря о большей травматичности последней операции, она часто не достигает своей конечной цели (ликвидации каверны), ибо и до настоящего времени остается непоколебимым положение Q u i n q u e, что каверна „закрывается только тогда, когда устраняется натяжение ее стенок“, а последнее возможно достичь, „вызвав иммобилизацию грудной клетки над областью поражения“.

Основа данного вида коляпсотерапии покоится главным образом на расслаблении неподатливого реберного контура в целях способствования уже намечившимся репаративным тенденциям. Следовательно, докостация

грудной клетки над каверной и освобождение ее от фиксирующих спаек и сращений, вызывает западение и покой пораженного участка легкого и создает наиболее благоприятные условия для развития фиброзы и рубцевания каверны.

Можно со всей определенностью сказать, что известный процент неудачных и неполноценных результатов после задней торакопластики зависит от того, что операция была сделана без учета топографии каверны.

При подключичных, передних и передне-латеральных кавернах задняя торакопластика мало эффективна, ибо какие бы большие куски ребер не удалять сзади, все же остаются стервальные сегменты их, к которым может быть фиксирована каверна и пораженная легочная паренхима. Только резекция ребер, произведенная над пораженным участком, может привести к хорошим результатам.

При выборе характера и размера оперативного вмешательства должны быть приняты во внимание следующие положения:

1) Общий статус больного, состояние его иммуно-биологических сил и сопротивляемости к туберкулезной инфекции.

2) Топография и размер каверны.

3) Состояние окружающей каверну легочной паренхимы. В разрезе этих требований в настоящее время выдвинуты следующие разновидности торакопластики:

1. Верхушечная пластика.
2. Передняя пластика ¹⁾.
3. Передне-верхняя пластика.
4. Передне-латеральная пластика.
5. Задне-верхняя пластика.
6. Тотальная пластика.

Каждое из этих вмешательств носит совершенно самостоятельный характер, но может применяться, как дополнительное одно к другому.

Базируясь, главным образом, на топической диагностике каверны, что лучше всего определяется рентгеном, современная оперативная коляпсотерапия выдвинула вместо одной задней пластики ряд новых методов вмешательства, применяемых в непосредственной близости от пораженной части легочной ткани.

Казалось бы, что передне-латеральные каверны должны были подпасть под действие задней торакопластики. Однако, часто мы видим, что после задней торакопластики такая каверна перемещается впереди, в лучшем случае, изменив форму, продолжает свое существование, выделяя папочки. Duval, Quèni и Welte предложили для таких каверн латеральную пластику, которая идет через подмышечную яму.

Для таких же каверн Alexander предложил свою задне-боковую торакопластику. Желанием захватить передние и подключичные каверны в сферу воздействия задней торакопластики объясняется предложение Grafa удалить первое ребро целиком. К этому предложению Iessen присоединяет удаление и второго ребра. Такого же взгляда держатся Nauke, Holst и Gravesen, причем операция их осуществляется двойным разрезом — передним и задним. При таких кавернах мною применена в 14-ти случаях передне-верхняя торакопластика по выработанному мною

¹⁾ Она сочетается с задней пластикой.

способу, которая производится одним угловым разрезом и дает возможность произвести тотальное удаление первых 3-х ребер, т. е. полную декостацию грудной клетки выше 4-го ребра с последующим широким апиколлизом. Результаты операции вполне себя оправдали.

Что же касается верхушечной пластики, то нужно сказать, что в нашем Союзе пока она не имеет широкого распространения. Но не прав д-р Гильман, что и за границей она не получила признания¹⁾. Если верхушечная пластика не является ходкой операцией и не применяется широко, то это не значит, что она не получила признания. А не применяется она широко потому, что она имеет свой более узкий круг показаний, чем задняя торакопластика, т. е. эта операция применяется при кавернах, расположенных в верхушке сзади не ниже 2-го межреберья. Если придерживаться этих показаний, то окажется, что больных с такими кавернами не так уже много, а между тем статистика заграничных авторов по верхушечной пластике исчисляется десятками. Как я выше указал, ни один вид торакопластики не привлек такого внимания хирургов и не подвергся детальному экспериментальному и клиническому изучению, как верхушечная пластика.

Не касаясь вопроса односторонне к верхушке и к 1-му ребру (надключичный и надлопаточный), нужно сказать, что разработкой этой операции занимались Graf, Holst, Coffey, Lauwers, Mallet-guy и Desjardins и другие.

Недавно проф. Broglie опубликовал свою новую модификацию верхушечной пластики с временным вычленением ключицы в грудноключичном сочленении.

Однако, Гильман¹⁾, не имея ни одного собственного случая верхушечной пластики, утверждает что при верхушечной пластике (операция Coffey-Антелава) „обнажение и травма во время операции крупных сосудов и нервных стволов шеи больше“, чем при задней пластике. Если эти мысли Гильмана правильны, то нечего было целому ряду хирургов заниматься техникой и усовершенствованием верхушечной пластики, когда давно существует задняя торакопластика.

Здесь опять нужно повторить, что при верхушечных кавернах нет никаких смысла прибегать к задней большой торакопластике, когда такую каверну можно спокойно ликвидировать сравнительно маленькой и изящной операцией. Что же касается травмы, то она при соответствующей технике оператора, конечно, по сравнению с задней торакопластикой, незначительна.

Если удалить первое ребро за *tuber Lisfranci*, как можно больше захватив стерильный его сегмент, что является обязательным условием при верхушечных кавернах, то это при задних доступах представляет известные технические трудности. Для такой большой резекции первого ребра Graf предложил особый доступ, при котором не исключена возможность ранения плевры и больших сосудов шеи и нервного сплетения.

Один случай ранения подключичной артерии опубликован Grafом. Всех этих недостатков лишена именно верхушечная пластика с надключичным доступом, ибо все видные образования шеи разворачиваются перед оператором как на ладони, он их бережно и осторожно отодвигает в

¹⁾ См. Казанск. медицинск. журнал № 9 за 1934 г.

сторону и шаг за шагом прокладывает себе дорогу к 1, 2 и 3 ребрам¹⁾

Кроме того, недостаток верхушечной пластики с задним паравертебральным доступом заключается в том, что она не полностью достигает цели, ибо после нее наступает только горизонтальное и боковое уменьшение легочной верхушки.

Поддерживающий аппарат купола плевры, его связки, идущие от него к позвоночнику и трахее, благодаря хроническому воспалению, изменяются, и поэтому производство апиколлиза бывает затруднительным. При верхушечных *пластиках* надключичным доступом производство широкого апиколлиза не встречает препятствия, и уменьшение грудной клетки идет по вертикали. Что же касается спадения легкого, которое при этой операции, по мнению Гильмана, бывает „незначительное“, то оно при верхушечной пластике в действительности, вследствие широкого апиколлиза, происходит на глазах оператора. Более подробно о преимуществах верхушечной пластики при апикальных поражениях легкого изложено в моей монографии²⁾

В силу всего этого больные легко соглашались на эту операцию. Хирург же, который усвоил технику этой операции и несколько раз прооперировал по этому способу, никогда при верхушечных кавернах не согласится на другое вмешательство. К такому выводу привели меня как изучение литературного материала по данному вопросу, так и опыты и наблюдения до сотни больных, оперированных по этому способу. Нужно сказать, что отдаленные результаты после операции Coffey-Антелава более чем удовлетворительные (49,3%). О них я доложил на 1-м всеукраинском противотуберкулезном съезде.

Далее Гильман пишет, что в его (Антелава) последней модификации сочетание операции Coffey с передней торакопластикой мы центр тяжести воздействия видим в передней торакопластике“.

Операция Coffey в *моей модификации* предложена для задних верхушечных каверн, передне-верхняя торакопластика же имеет своим показанием подключичные каверны.

1) Моя модификация операции.

2) Новые пути оперативного лечения туберкулеза верхнего отдела л. ких. Сухум, 1933 г