

Рентгенологически: в нижней доле правого легкого медиально над диафрагмой участок уплотненной легочной ткани.

Производилось многократное исследование мокроты, только в одном мазке обнаружены БК. Отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, повторные кровохаркание и выделение большого количества гнойной мокроты дали основание заподозрить бронхоэктазы неспецифической этиологии. 21/III-62 г. произведена бронхография, которая подтвердила цилиндрические бронхоэктазы в нижней доле правого легкого.

27/III-62 г. произведена под местной анестезией резекция нижней доли правого легкого. Сердечно-базальный сегмент, плотный на ощупь, был спаян с диафрагмой.

При исследовании удаленной доли обнаружены резко измененные сегментарные и субсегментарные бронхи сердечно-базального сегмента. Расширенный сегментарный бронх заполнен жидким гноем, после удаления которого обнаружен ржаной колос. Туберкулезных изменений в удаленной доле нет. Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан в хорошем состоянии.

Подобный случай описан М. В. Шестериной в журнале «Советская медицина», № 9 за 1956 г.

Мы считаем целесообразным еще раз фиксировать внимание на необходимости своевременной бронхоскопии при подозрении на аспирацию инородного тела. Повторные кровохаркание, выделение большого количества мокроты без выраженных рентгеновских данных со стороны легких являются показанием для бронхоскопии. При соби- рании анамнеза у легочных больных необходимо помнить о возможности инородного тела в бронхе.

Ранняя бронхоскопия с применением оптики может избавить нас от диагностических ошибок, а больного — от тяжелых осложнений и необходимости большого хирургического вмешательства на легких.

Поступила 24 августа 1962 г.

ПЛЕВРЭКТОМИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМЕ 25-ЛЕТНЕЙ ДАВНОСТИ

И. З. Сигал

Курс туберкулеза (зав. — проф. Б. Л. Мазур) Казанского медицинского института на базе противотуберкулезного диспансера Тат. АССР (главрач — З. М. Кутуева, консультант — проф. Ю. А. Ратнер)

Проблема лечения хронических плевральных эмпием различной этиологии во многом нашла решение в разработке и применении операции нового типа — плеврэктомии. Операция имеет целью удаление эмпиемного мешка, формирующегося в результате длительного нагноительного процесса, и создание таким путем условий для расправления легкого и облитерации плевральной полости. Оперативным путем восстанавливают анатомические отношения в плевральной полости и функцию легкого, в значительной мере утраченную в связи с длительным ригидным коллапсом.

Несмотря на очевидные преимущества, для лечения неспецифических и туберкулезных эмпием плеврэктомия не получила достаточного распространения. Число опубликованных в литературе случаев применения плеврэктомии остается относительно небольшим, особенно при очень продолжительном коллапсе легкого.

Наш опыт составляют 16 восстановительных операций при ригидном пневмотораксе и хронических туберкулезных гнойных плевритах.

Приводим описание наблюдения, особенностями которого являются чрезвычайно длительный коллапс легкого и нагноительный процесс в плевральной полости.

Б., 44 лет, больна туберкулезом легких с 1935 г. Тогда по поводу левостороннего инфилтративного туберкулеза легких с распадом был наложен искусственный пневмоторакс, который в короткий срок привел к ликвидации бацилловыделения и закрытию очага деструкции в легочной ткани. К роспуску пневмоторакса приступили лишь в 1947 г. Легкое не расправлялось, появился выпот в плевральной полости. С 1948 г. экссудат в плевральной полости держался постоянно, периодически нагнаивался. Проводилось настойчивое консервативное лечение плевральной эмпиемы, осложнившейся многолетней давности искусственный пневмоторакс. Добиться заметного расправления легкого не удавалось, менялся лишь характер экссудата, он становился серозным. В течение последующих лет проводились пункции плевральной полости для эвакуации экссудата. В последнее время пункции переносила плохо, они сопровождалась обмороками, температурными реакциями.

С 1958 г. у больной отмечались редкие припадки эпилепсии.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное, температура субфебрильная. Жалобы на постоянную головную боль, умеренную одышку, боли в левой половине грудной клетки.

Некоторое западение и отставание при дыхании левой половины груди. Перкуторный звук справа легочный, слева — укорочен на всем протяжении. Тоны сердца

приглушены. Пульс — 82, ритмичный, АД — 125/60. Жизненная емкость легких — 2400 мл, проба Штанге — 80 сек, проба Мартине — 3 мин, дыхание — 20. Со стороны органов брюшной полости патологии не определяется.

Нб — 80%, Э. — 5 080 000, РОЭ — 18 мм/час, Л. — 5800.

Удельный вес мочи — 1020, лейкоциты 2—5 в поле зрения.

Рентгенография грудной клетки. Интенсивное гомогенное затемнение занимает почти все левое легочное поле. Проведены повторные эвакуации экссудата. После опорожнения левой плевральной полости рентгенологическое исследование выявило больших размеров остаточную полость, расположенную преимущественно в задне-боковых отделах гемиторакса от плеврального купола и средостения до диафрагмы (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма левого легочного поля больной Б. после опорожнения плевральной полости.

Общая продолжительность коллапса легкого — 25 лет. Учитывая неэффективность и бесперспективность консервативного лечения, было решено сделать плеврэктомию.

20/II 1960 г. операция под интубационным эфирно-кислородным наркозом с управляемым дыханием. Доступ передне-боковой через III межреберье с пересечением хрящей III—IV ребер. К торакотомическому разрезу прилежит резко утолщенная париетальная плевра — наружная стенка остаточной полости. Тупым путем мобилизован эмпиемный мешок, который занимал задне-боковой отдел плевральной полости от диафрагмы и перикарда до плеврального купола и средостения. В нижнем отделе мешок очень широкий и на большом протяжении спаен с перикардом.

От легкого медиальная стенка эмпиемного мешка отделена без особых затруднений и повреждения легочной ткани. Разделены спайки в области перикарда и диафрагмы. Мешок мобилизован на всем протяжении и удален. В толще легочной ткани заднего сегмента при пальпации определяются мелкие плотные туберкулезные очаги. При повышении давления в системе наркозного аппарата легкое хорошо раздувается и занимает всю плевральную полость. Через отдельный разрез

в VII межреберье по задней подмышечной линии в плевральную полость введен широкий многодырчатый дренаж. За время операции в связи с выраженной кровотоки-тельностью из грудной стенки и падением АД перелито 1600 мл одногруппной крови. Через дренаж в течение 48 часов проводилась периодическая активная аспирация воздуха и экстравазата аппаратом для наложения искусственного пневмоторакса, что привело к полному расправлению легкого. В последующем проведена трехкратная пункция плевральной полости для удаления накопившегося экссудата. Гладкое послеоперационное течение, наступила облитерация плевральной полости. На 12-й день после операции был кратковременный припадок эпилепсии. Выписана через 40 дней после операции во вполне удовлетворительном состоянии.

Через год и 4 месяца после операции состояние больной остается хорошим, жалоб не предъявляет, работает. Жизненная емкость легких — 3000 мл, проба Штанге — 40 сек. При рентгенологическом исследовании: левое легочное поле прозрачно, умеренное смещение сердца и средостения влево, плевральные наложения в верхнем отделе, подвижность левой полудиафрагмы сохранена.

Приведенное наблюдение подтверждает целесообразность плеврэктоми у больных хронической туберкулезной эмпиемой даже при чрезвычайно продолжительном коллапсе легкого. И в таких случаях плеврэктомия представляет возможность освободить легкое от скрывающего его панциря и обеспечить облитерацию плевральной полости. М. М. Шалагин (1953) подчеркивал, что при декортикации наиболее важно попасть в слой рыхлой ткани, располагающейся между висцеральной плеврой и шварттой.

Поступила 20 сентября 1961 г.