

Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Из санатория ВЦСПС № 2 в Ливадии (гл. врач А. И. Ротенберг).

Экстраплевральный пневмоторакс.

А. Г. Гильман.

Искусственный внутриплевральный пневмоторакс заслуженно занимает первое место среди хирургических методов, применяемых при лечении легочного туберкулеза. Простая, легко усваиваемая техника его наложения, несложная аппаратура дают возможность его применения в любом месте, где есть врач, знающий клинику легочного туберкулеза. К сожалению, стойкий эффект его применения ограничивается случаями свежими, где распространение процесса не коснулось легочной плевры, т. е. где нет сращений между плевральными листками. При более старых поражениях обычно удается получить только частичный пневмоторакс. Коллапсу каверны в этих случаях препятствуют спайки или сращения и, если они недоступны пережиганию, тогда остается выбор: либо прекратить и. п., либо продолжать вдувания, рассчитывая на паллиативное их действие—снижение температуры, улучшение общего состояния, хотя бы каверна не имела склонности к спадению. Упорное продолжение неэффективного и. п. чревато грозными осложнениями, в особенности в случаях, где каверна подвергается при акте дыхания растяжению спайками—„дерганью“, как это отчетливо видно при торакоскопии, или где каверна является краевой, близкой к висцеральной плевре. Опыт большого числа торакоскопий убедил нас в том, что там, где имеются спайки, которые технически нельзя устранить пережиганием, продолжение пневмоторакса почти неизбежно влечет за собой пневмоплеврит. А при наличии поверхностно расположенной каверны этот плеврит имеет все шансы стать гнойным сразу или в очень скором времени. Краевые каверны в этих случаях могут дать еще более тяжкие осложнения—спонтанный пневмоторакс, за которым в значительном проценте случаев следует гнойный пневмоплеврит.

Невозможность проведения и. п. вследствие плевральных сращений или его неэффективность до самого последнего времени ставили на очередь вопрос о замене его серьезной и травматической операцией торакопластики, если это допускало общее состояние больного и устойчивость другой стороны. Этим объясняется то упорство, с каким врачи часто продолжают пневмоторакс, не приводящий к основной цели—спадению каверны. Известную роль здесь играет и быстро наступающий непосредственный лечебный эффект, перелом в общем состоянии, подкупающий больных.

Были попытки создать промежуточные операции между пневмотораксом и торакопластикой—это в первую голову френико-

эоксерез и пневмолиз с plombировкой. Операция френикоэксереза оправдала возлагавшиеся на нее надежды далеко не в той мере, как об этом говорили и писали ее сторонники. Она сохранила свое значение при строго определенных показаниях. Операция апико- и пневмолиза не могла внедриться в широкую практику вследствие осложнений, которые связаны с введением большой массы инородного вещества (парафиновая пломба),—это в первую голову нагноение ложа пломбы, раннее и позднее ее выталкивание и прободение каверны.

Советские хирурги (Стойко и др.) пытались избежать этих осложнений путем ограничения массы resp. веса пломбы. Стойко применял пломбы весом от 200 до 400 г. Все же в среднем в 50 проц. случаев пломба давала осложнения и выталкивалась сама из ложа или вынуждала хирурга к ее удалению. Мы применяли еще меньшее количество парафина—до 200—250 г и получали гладкое и прочное вживание пломбы, прослеженное на длительных сроках. Но зато круг применения этой операции ограничивался небольшими верхушечными кавернами.

Попытки ограничиться пневмолизом без plombировки давали только временный эффект, так как легкое, спавшееся после его отслоения, в очень скором времени расправлялось, в чем нам пришлось убедиться и на своем опыте. Эти попытки простого апиколиза повторялись до настоящего времени (Ниссен, Омоден—Цорини, Михельсон).

Тюфье, впервые предложивший операцию пневмолиза (1891), в нескольких случаях испытал экстраплевральный пневмоторакс. В своей монографии (соавтор Мартэн) о хирургическом лечении тбк легких он в кратких чертах указывает на значение экстраплеврального пневмоторакса. „Если плевра спаяна, мы производим плевро-париетальную отслойку на всем протяжении поражений, которые легко распознать по их индурации. Как только сделана отслойка, легкое спадается в этой зоне и таким образом образуется экстраплевральный пневмоторакс. Межреберья соединяются и рана закрывается без дренажа. В следующие дни рентген дает возможность следить за ходом этого пневмоторакса и заменять воздух азотом путем прокола так часто, как это необходимо“ (цит. по Дюфуру, Санти и Берару). Тюфье указывает, что в трех своих случаях он получил те же результаты, что и при внутриплевральном и. п.—падение температуры и уменьшение мокроты. В случаях хронического течения результаты экстраплеврального и. п. у него оказались нестойкими, и он перешел на plombировку, заполняя полость, образованную после пневмолиза между грудной стенкой и плеврой жировой plombой. Имя Тюфье вошло в историю хирургии легочного тбк, как основоположника апиколиза и жировой пломбы. Экстраплевральный пневмоторакс не получил дальнейшего развития.

В 1936 г. на германском съезде по туберкулезу Граф сделал сообщение об ободряющих результатах своих опытов применения экстраплеврального субфасциального пневмоторакса. В конце октября 1936 года В. Шмидт на съезде санаторных врачей юго-

западной Германии, в докладе о щадящих и сохраняющих методах оперативной коллапсотерапии также остановился на своих наблюдениях над экстраплевральным пневмотораксом. В начале 1937 г. появились небольшие казуистические сообщения и во французской печати.

Техника экстраплеврального пневмоторакса сводится к следующему: из паравертебрального разреза сзади или горизонтального спереди под ключицей обнажается одно ребро и резецируется на протяжении 4—6 см (спереди обычно второе, сзади—третье или четвертое). Граф и Шмидт предпочитают задний доступ, через который легче удастся отслоить верхушку. Передний разрез имеет преимущество меньшей глубины раны вследствие менее мощного слоя мышц, покрывающих ребра. После резекции ребра они рекомендуют между лигатурами рассечь межреберные сосуды и резецировать межреберный нерв. Это создает на соответствующей территории зону анестезии и облегчает в дальнейшем производство поддуваний. Резекция ребра должна быть достаточно широкой, чтобы создать условия для выполнения операции под контролем глаза.

После этого разделяются тупо межреберные мышцы и осторожно рассекается внутригрудная фасция (f. endothoracica). Далее хирург приступает к пальцевому отслоению легкого с покрывающими его плевральными листками. Этот момент операции следует выполнить с максимальной осторожностью. Отслоение следует производить достаточно широко, чтобы полностью освободить верхушку, в особенности в медиальной части, где часто встречаются спайки, и в области средостения. Вниз отслоение производится до границы поражения. Это делает последующий э. п. строго селективным.

Образовавшаяся полость тщательно просушивается марлевыми салфетками. Придавливая их ко дну полости, предлагают больному хорошо откашляться. Рана зашивается наглухо. Что касается тщательной герметизации при зашивании раны, то она имеет свои положительные и отрицательные стороны. Недостаточно герметичный шов создает условия для утечки газа из полости, облегчает поэтому развитие подкожной эмфиземы, а также вынуждает хирурга к более раннему производству поддувания.

В первые дни после операции отмечается значительное повышение температуры, которая, по уверениям Графа и Шмидта, вскоре (через 7—9 дней) литически падает. Во всех случаях определяется серозно-геморагический выпот, образующийся за счет гематомы и тканевой реакции. С целью постоянного его опорожнения и избежания резкого повышения давления в полости э. п. с возможными явлениями давления на средостение Граф во время операции из особого отверстия в одном из межреберных промежутков, ближе ко дну полости, вводит дренаж—катетер Пепцера. Шмидт правильно отмечает, что лучше избегать этого мероприятия, т. к. оно облегчает проникновение инфекции в полость пневмоторакса. Уже на второй день после операции в пунктате эксудата, добытого из полости при наличии

дренажа он находил патогенную флору. Опасения эмфиземы средостения и резкого смещения его, ради которых Граф прибегает к постоянному катетеру, по мнению Шмидта, имеющего 72 случая, проведенных им с наложением глухого шва, не оправдались. После нескольких пункций экссудат ликвидируется. Первое поддувание производится через несколько дней. После введения 100—150 см³ газа давление переходит на довольно большие положительные цифры. В дальнейшем поддувания производятся по мере надобности при частом контроле рентгеном состояния газового пузыря. Отмечается значительно более медленное рассасывание газа, чем при обычном пневмотораксе. Граф все же рекомендует воздерживаться от соблазна усиления механического эффекта экстраплеврального пневмоторакса, путем ведения его на больших положительных давлениях. Если рентгеном и перкуссией определяется значительное накопление экссудата, то пункцию приходится делать уже на 2—5-й день после операции. На ранних сроках первая пункция может быть неудачной, вследствие наличия в экссудате сгустков крови, тогда как обычно она удаётся через несколько дней.

Далее, в первые дни отмечается резкое увеличение количества мокроты; постепенно оно, как и при наложении обычного и. п., начинает снижаться. Непосредственный эффект операции имеет тот же характер, как и при всех коллапсотерапевтических вмешательствах: перелом к улучшению в общем состоянии больного, дезинтоксикация, прекращение выделения мокроты или уменьшение ее до минимума, исчезновение ВК и эластических волокон. Результат операции, конечно, зависит от того, как удастся сохранить газовый пузырь и поддерживать пневмоторакс. Другими словами, успеют ли процессы репарации зафиксировать легкое в состоянии спадения, которое достигнуто отслоением его и последующими вдуваниями, или врач потеряет контроль над пузырем до этого срока, и легкое, благодаря эластическим его силам расправления, вернется к исходному до операции положению с зияющей попрежнему каверной. Такой случай мы наблюдали после простого апиколиза без пломбировки.

Как долго следует применять здесь вдувания? Когда поддержанию газового пузыря начинают мешать процессы сморщивания и прогрессирующее уменьшение полости, Граф переводит экстраплевральный пневмоторакс в селективный экстраплевральный олеоторакс. Шмидт продолжал введение воздуха в своих случаях до 6 мес. У 15% его больных уже через 4 недели не находили ВК в мокроте. На 72 сл. он имел 3 сл. смерти; одна б-ная умерла через 8 дней от сердечной недостаточности, одна б-ная—от казеозной пневмонии, один б-ной—от прогрессирования своего двустороннего процесса.

Материал Графа, автора метода, несколько больший. Всего им оперировано 107 больных, из них 7 умерло. Все смерти падают на первые 40 операций. Часть смертельных осложнений связана с перфорацией легкого в полость экстраплеврального пневмоторакса. Значительную смертность первого периода автор

объясняет тем, что тогда для операции отбирались большие с очень распространенными двусторонними поражениями, для которых операция была последней попыткой продления жизни.

К применению э. п. можно установить, на основании изучения сущности операции и небольшого уже опубликованного в литературе опыта, следующие показания:

1) При относительно свежих процессах, где и. п. оказался невозможным, а торакопластика связана с риском вспышки в месте поражения или обсеменения нижележащих отделов; таким образом э. п. занимает буферное положение там, где и. п. уже не выполним, а б-ной для т. п. еще не созрел.

2. При двусторонних поражениях, где т. п. невыполнима либо по состоянию б-ного, либо вследствие того, что на менее пораженной стороне также невозможен пневмоторакс из-за наличия сращений. Операция э. п. имеет преимущества перед пластикой, т. к. не предъявляет больших запросов к резервным силам и не является большой нагрузкой для второй отягощенной стороны.

3. При односторонних процессах, где общее состояние больного и выносливость его сердечно-сосудистой системы возбуждают сомнения в допустимости тяжелой операции пластики. В этих случаях э. п. может иметь характер временного подготовительного метода. В дальнейшем после наступления улучшения может быть выполнена завершающая лечение пластика.

4. При очень больших кавернах, где операция первичной даже расширенной торакопластики может не дать полного эффекта и оставлять после себя щелевидные каверны, э. п. может быть подготовительным этапом к операции. Здесь только надо иметь в виду, что вокруг каверны должен быть достаточный слой относительно здоровой паренхимы легкого. В противном случае, при поверхностном расположении каверны, может произойти повреждение ее стенок при самой операции, а также и последующий некроз ее в течение э. п., со всеми тяжелыми последствиями этого осложнения.

5. Далее, кажется нам, экстраплевральный пневмоторакс может быть применен, как неотложное пособие, во время упорных кровотечений, где и. п. невозможен, а состояние б-ного не позволяет прибегнуть к пластике.

6. Наконец в тех случаях, где показана пластика, но больной от нее категорически отказывается, ему может быть предложен э. п. как более легкое вмешательство. Надо, правда, оговориться, что случаи отказа встречаются исключительно редко в учреждениях, где пластика систематически и с успехом применяется и отобранные для вмешательства больные постоянно общаются с пациентами, которым операция уже выполнена и дала хороший результат.

7. Дрейфус-Лефуае и Отфейль считают также показанными для э. п. случаи и. п. с верхушечно-медиастинальными сращениями, недоступными обычно для пережигания. Надо оговориться, что эти случаи, вероятно, представляют значительные технические трудности при производстве апиколиза.

В ряде случаев базального пневмоторакса с приращением верхней доли Граф и Шмидт комбинировали э. п. верхних отделов с обычным внутриплевральным над базальными отделами (у Шмидта из 72 сл.—15).

Настоящую оценку метода можно, конечно, дать только на основании проверки его на практике на большом числе операций. При этом для окончательной оценки его места в ряду методов коллапсотерапии потребуются длительное наблюдение больных в течение нескольких лет. Это не исключает потребности в предварительной его оценке, чтобы решить вопрос, законно ли его применение уже теперь, или наш опыт с другими путями оперативного воздействия на течение легочного процесса дает нам право сразу отвергнуть его применение.

Поэтому важно представить себе как все возможные преимущества э. п., так и все недостатки и риск, с которыми может быть сопряжено его осуществление.

Каковы à priori преимущества э. п.?

1. Э. п. ограничивает свое воздействие только пораженными отделами и поэтому является строго селективным пневмотораксом.

2. Выполнение э. п. связано с небольшой травмой, что делает его доступным для тяжело-больных.

3. Э. п. можно вести вследствие большой плотности стенок, окружающих газовый пузырь, на значительных положительных давлениях в отличие от внутриплеврального пневмоторакса.

4. В отличие от других методов он обладает способностью воздействия на полости, расположенные близко и средостенно.

В то же время не следует игнорировать недостатки метода, которые связаны с отслоением легкого на значительном протяжении, хотя бы и внеплеврального. Например:

1. Послеоперационная подкожная эмфизема. Это осложнение не имеет серьезного значения, но оно требует тщательного рентгенологического контроля б-ного во избежание потери газового пузыря, что свело бы на-нет результаты операции.

2. Хотя операция ведется внеплеврально, но внутригрудная фасция настолько тонка, как мы в этом убедились на ряде наших случаев пневмолиза с пломбировкой, что повреждения париетальной плевры возможны уже при вскрытии *f. endothoracica*. Не исключена возможность этого повреждения в процессе отслоения легкого.

3. Как признают авторы метода, во всех без исключения случаях наблюдается развитие экссудата, имеющее обычно, по их опыту, благоприятное течение. Однако не следует недооценивать, что не исключено более серьезное течение таких параплевритических выпотов, как мы бы их называли, вплоть до развития гнойных скоплений. При наличии кортикальных очагов или выпячивания на париетальной плевре повреждение ее может вызвать настоящие гнойные плевриты как специфического характера, так и со вторичной инфекцией. Правда, надо полагать, что борьба с гнойными параплевритами будет представлять меньшие труд-

ности, чем те, которые нам создают гнойные туберкулезные плевриты, развивающиеся в течение искусственного пневмоторакса, в силу чисто анатомо-топографических условий. Но все же надо иметь в виду, что при всей осторожности выполнения операции трудно будет их полностью избежать.

4. При поверхностном расположении каверны не исключена возможность повреждения ее стенок при апиколлизе.

5. Наконец э. п. уступает методу Форланини в простоте. Для своего проведения он требует методу Форланини в простоте. Для своего проведения он требует в каждом случае предварительной хирургической операции.

Только суровое испытание практики даст возможность определить место э. п. в ряду коллапсотерапевтических пособий. При условии исключительно строгой асептики, как в выполнении самой операции, так и в послеоперационном периоде и при пункциях и вдуваниях, надо полагать, что метод э. п. в ряде изложенных выше показаний окажется полезным. На первом этапе проверка его допустима только в учреждениях клинического типа.

Экстраплевральный пневмоторакс естественно не конкурирует с и. п., так как применяется там, где последний неосуществим.

Э. п. ни в малейшей мере не заменяет торакопластики, до сих пор являющейся самым эффективным оперативным пособием, дающим стойкий лечебный результат, не требующим длительных сроков применения. Э. п. должен себе завоевать место промежуточной, буферной операции между указанными методами, занимающими заслуженно почетное место в клинике туберкулеза.

Литература. 1. Tuffier et Martin, Traitement Chirurgical de la tuberculose pulmonaire, изд. Masson. Париж, 1910.—2. Graf, D. M. Woch., № 16—17, 1936.—Graf, Ibidem, № 1. 1937.—4. W. Schmidt, Beitr. kl. Tbk. B. 88, стр. 689—715.—5. Omodei—Zorini, там же, стр. 224. 1933 г.—6. Nautefeuille et Dreyfus, Le Fryer. Rev. tbc; № 4, стр. 436—446, 1937 г.—7. Dufourt, Santy et M. Bérard, там же, стр. 446—449.

О V всесоюзном совещании по борьбе с ревматизмом.

К. А. Дрягин.

V Всесоюзное совещание по борьбе с ревматизмом работало в Москве с 31 января по 3 февраля 1938 года. Срок созыва совещания совпал с десятилетием со времени образования Всесоюзного Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним.

Заслуженный деятель науки проф. М. П. Кончаловский в своем вступительном слове, при открытии совещания, сообщил о большой работе, проведенной в Союзе за истекшие десять лет по изучению ревматизма и борьбе с ним. Всесоюзный Комитет по ревматизму, вступив в Международную лигу по ревматизму, принял участие в 5 международных конгрессах. Советскому комитету по ревматизму принадлежит почин и инициатива в постановке и разработке трех проблем: патогенез, значение социальных моментов и лечение. На предстоящем VI Оксфордском международном конгрессе стоят вопросы ревматического кардита, патологии и клиники детского ревматизма. Последний вопрос включен в повестку дня Международного конгресса по предложению Советского комитета.