

2/ХІ больная выписалась в хорошем состоянии.

В заключение необходимо отметить большие трудности в проведении отличия между опухолями правого надпочечника и опухолями правой половины толстой кишки, почему на правостороннюю локализацию опухоли надпочечника больше всего падает диагностических ошибок.

В настоящее время применяется рентгенологическое исследование с введением в забрюшинное пространство воздуха для контрастирования. При эндокринных расстройствах необходимо исследование сахарной кривой, мочевино-водно-хлоридного индекса и проч. При гормонопродуцирующих опухолях наступает атрофия второго надпочечника, вследствие чего оперативные вмешательства заканчиваются часто летально, если не проводится тщательная подготовка к операции. При негормональных же опухолях этих осложнений почти не бывает.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Левинсон В. И. Архив патологии, 1956, 3. — 2. Михайличенко В. А. Проблемы эндокрин. и гормонотерапии, 1958, 5. — 3. Пожарийский И. Ф. Основы патологической анатомии, 1923.

Поступила 12 января 1960 г.

## СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНОЙ ОЛЕОМЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНЫЙ ОЛЕОТОРАКС

*П. Л. Винников, М. Ю. Розенгартен*

Кафедра фтизиатрии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Казанский госпиталь инвалидов Отечественной войны (нач.— Н. С. Валеев)

Одним из способов сохранения коллапса легкого после операции экстраплеврального пневмолиза является заполнение экстраплевральной полости вазелиновым маслом (олеоторакс). Однако некоторые авторы (Г. С. Левин, Г. Маллюхе) относятся весьма сдержанно к экстраплевральному олеотораксу. Маллюхе в обширной монографии по экстраплевральному пневмолизу приводит ряд осложнений, вызванных олеотораксом: пролежни в легком с последующим возникновением эмпиемы, сдавление крупных сосудов средостения, перфорации пищевода и трахеи и др.

Левин указывает, что изредка масло может инфильтровать мягкие ткани грудной стенки, образуя олеому. Он полагает, что «...такая олеома не требует специального лечения».

Учитывая, что в противотуберкулезных учреждениях олеоторакс, в особенности на периферии, применяется относительно нередко, вопрос анализа и изучения различных его осложнений представляется нам несомненно актуальным.

Одним из недостатков освещенных в литературе осложнений олеоторакса, обусловленным сморщиванием экстраплевральной полости или ее нагноением и накоплением гноя под маслом, является вытеснение масла в область шеи с образованием так называемой шейной олеомы. Г. С. Атаманов описывает случай олеомы, где вытеснение масла в надключичную область привело к выраженным явлениям плечевого плексита.

При возникновении шейной олеомы Т. Н. Хрущева рекомендует консервативное лечение. Однако подобную рекомендацию, в особенности при больших олеомах, нельзя считать достаточно обоснованной.

Вопрос о судьбе жировых и маслянистых веществ, попавших в мягкие ткани, уже давно нашел подробное освещение в отечественной литературе (А. И. Абрикосов, В. Г. Гаршин, Т. А. Писарева, Н. Л. Чистяков и др.).

При попадании инородного жира в мягких тканях (подкожной жировой клетчатке, мышцах, в межфасциальных пространствах) формируется так называемая олеогранулема (К. Геншен). Инородный жир вызывает асептическое воспаление, вокруг него формируется грануляционный вал, подвергающийся затем фиброзированию. В конечном счете вокруг массы жира формируется соединительнотканная капсула, постепенно прорастающая жир и разделяющая его на отдельные ячейки.

Заслуживает внимания указание Гаршина, что «...явления рассасывания липидных масса олеогранулем... в большинстве случаев выражены в общем слабо. Преобладает инкапсуляция жира».

Поэтому более рациональным при шейных олеомах нам представляется оперативное удаление инкапсулированного масла.

В связи с особенностями топографии шеи масло из экстраплевральной полости попадает именно в те межмышечные промежутки, где проходят жизненно важные сосудисто-нервные пучки. Давление на них (как и в приводимом выше случае) или вовлечение их в зону периолеарного склероза может вызвать ряд серьезных нарушений.

Однако необходимость оперативного удаления олеом диктуется и другим обстоятельством. Еще в 1927 г. И. Корхов привел литературные данные и собственные наблюдения о том, что длительное пребывание жировых веществ в мягких тканях может явиться причиной злокачественного роста.

Мы наблюдали двух больных с массивными шейными олеомами, возникшими в связи с процессами сморщивания в полости олеоторакса, с явлениями сдавления и раздражения сосудисто-нервных пучков. Обоим больным было предложено оперативное вмешательство, но согласие на операцию дал лишь один из них.

В доступной нам отечественной и иностранной литературе мы встретили описание лишь одного случая оперативного лечения шейной олеогранулемы, осложнившей экстраплевральный олеоторакс, и ни одного случая гистологического изучения шейных олеогранулем. В связи с этим считаем небезынтересным привести наше наблюдение.

Б-ной К. С., 47 лет, поступил 4/IV-59 г. с жалобами на умеренную одышку, боли в левой половине шеи и в плечевом поясе, в левой руке, снижение силы левой руки, затрудненный наклон головы вперед и влево.

В 1944 г. в правом легком обнаружен инфильтративно-кавернозный туберкулез, в связи с чем наложен искусственный пневмоторакс. Однако пневмоторакс оказался неэффективным и был распушен в 1947 г. В 1949 г. произведена операция экстраплеврального пневмолиза справа с пломбировкой экстраплевральной полости целлулоидовыми шариками. В 1954 г. в связи с излечением туберкулезного процесса эти шарики были оперативным путем удалены. В начале 1953 г. у больного внезапно возникло легочное кровотечение и в левом легком обнаружена свежая каверна. Был наложен пневмоторакс слева. Пневмоторакс вскоре осложнился пневмоплевритом и был распушен как неэффективный. В октябре 1953 г. произведен экстраплевральный пневмолиз слева, создан хороший коллапс левого легкого. В связи с наметившейся тенденцией в облитерации, экстраплевральный пневмоторакс слева в апреле 1954 г. был переведен в олеоторакс. В экстраплевральную полость дробными порциями введено 450 мл вазелинового масла. Через месяц после наложения олеоторакса — в мае 1954 г. на боковой поверхности шеи слева появилась большая припухлость, и врачами, наблюдавшими больного, было констатировано выхождение масла из экстраплевральной полости в область шеи. Специального лечения в связи с возникновением олеомы не проводилось. Самочувствие и общее состояние больного оставались хорошими, признаки активности туберкулезного процесса не отмечалось, БК в мокроте не обнаруживались. Олеома до конца 1958 г., то есть более 4-х лет, не беспокоила больного. С конца 1958 г. отмечается резкое уплотнение олеомы, а с начала 1959 г. появились давящие боли в шее и плечевом поясе слева, боли в левой руке. Повторно, дробными дозами производилась эвакуация масла из полости олеоторакса (всего 150 мл). Достигнуто некоторое расправление легкого, однако размеры шейной олеомы не уменьшились, и боли не исчезли, в связи с чем больной был направлен на стационарное лечение.

Больной высокого роста, правильного сложения, хорошей упитанности. При дыхании левая половина грудной клетки отстает от правой. На шее слева четко контурируется выходящее бугристое, опухолевидное образование весьма плотной консистенции, размером  $6 \times 10 \times 12$ . Небольшое укорочение перкуторного звука в верхнем отделе правого легкого и резкое укорочение перкуторного звука слева, спереди до 2 ребра и сзади до 4 ребра. Катаральные явления в легких не прослушиваются. Тоны сердца чистые, приглушены.

Рентгенологическое исследование (рентгеноскопия, рентгенография, томография). Справа, в верхнем отделе за счет массивных фиброзных наложений понижение прозрачности. На фоне рубцово усиленного и деформированного легочного рисунка единичные плотные очаговые тени. Нижние отделы — без патологических изменений. Слева — массивное затемнение верхнего отдела за счет олеоторакса до второго ребра, с неровной нижней границей. Нижние отделы — слегка пониженной прозрачности за счет плевральных наложений. Диафрагма слева ограничена в подвижности. Тень средостения в верхнем отделе смещена вправо.

Картина крови нормальная. БК в мокроте не обнаружены. Динамометрия правой руки — 52 кг, левой — 22 кг. Спирометрия — 3000 мл; дыхательная пауза — 54 сек. АД — 130/85.

Невропатологом констатирован левосторонний компрессионный плечевой плексит. Со стороны других систем и органов отклонений от нормы не установлено.

Учитывая размеры олеомы, прогрессирующее ее уплотнение, компрессионный неврит плечевого сплетения с нарушением функции левой верхней конечности, бесперспективностью (в смысле рассасывания олеомы) любого варианта консервативной терапии, решено было удалить олеому.

24/IV-59 г. (М. Ю. Розенгартен) под эфирно-кислородным потенцированным наркозом — кожный разрез от заднего края *m. sternocleidomastoideus* до переднего края *m. trapezii*, параллельно и на два поперечных пальца выше ключицы. Рассечена *m. platysma myoides*. По ходу разреза вскрыта вторая фасция шеи. Первое клетчаточное пространство фактически отсутствует и заполнено сплошной фиброзной тканью с гроздевидными вкраплениями инкапсулированных участков масла. Опухоль очень плотной, почти хрящевидной консистенции, с трудом разделена на части. Пере-

вязана наружная яремная вена. При рассечении опухоли выделяется малыми порциями белого цвета эмульгированное масло. После гемостаза опухоль, не имеющая четких границ, удалена частично тупым, частично острым путем в пределах здоровых тканей. Далее была рассечена фиброзно измененная третья фасция. Под ней, в клетчатке, обнаружены многочисленные гроздевидные осумкованные вкрапления масла, образующие сплошную опухоль, интимно спаянную с окружающими тканями.

В связи с опасностью повреждения нервных стволов опухоль расслоена на латеральный и медиальный отделы, после чего с трудом выпрепарованы нервы плечевого сплетения.

С большой осторожностью латеральная часть опухоли удалена. Наибольшие технические трудности встретились при выделении медиальной ее части. Последняя располагалась между фиброзно измененными фасциальными и париетальными листками четвертой фасции. Опухоль оказалась интимно спаянной с внутренней яремной веной, общей сонной артерией и подключичной веной. Образование было осторожно отделено от сосудов и в пределах здоровых тканей удалено. Гемостаз осуществлялся термокоагуляцией и перевязкой сосудов. Послойные швы на мягкие ткани. Гемостатический тампон под кожу. Повязка. Во время операции перелито капельным путем 400 мл одноименной крови. Препарат удаленной олеомы весит 70 г.

Гистологическое исследование удаленной олеомы (доц. Н. И. Вылегжанин). Специфических туберкулезных изменений нет. Картина обширных фиброзных изменений вокруг многочисленных мелких и крупных полостей с маслом. Стенки полостей выстланы макрофагальными клетками типа ксантомных; имеются многоядерные клетки и обширные поля ожиревших макрофагов. Кроме того, в одном месте отмечено образование ограниченного узла типа лимфомы, но состоящего из крупных гиперхромных клеток. Этот узел вызывает подозрение на начинающуюся бластому. Диагноз: олеома.

Непосредственно после операции больной отмечал резкое снижение силы и отсутствие активных движений в левой руке. Невропатологом был диагностирован посттравматический (послеоперационный) шейно-грудной плексит слева с преимущественным поражением двигательных нервов, а также синдром Горнера. Проводились массаж, лечебная гимнастика, лечение прозеринном, дибазолом. Рана зажила первичным натяжением.

К моменту выписки — 28/V-59 г. движения в левой руке полностью восстановились. В удовлетворительном состоянии больной выписан и по рекомендации онкологов подвергнулся лучевой терапии.

Таким образом, ряд литературных данных и наши наблюдения показывают, что пребывание масла в экстраплевральной полости требует внимательного наблюдения и контроля. Заслуживает внимания и практической реализации указание Маллюхе, что давление масла в экстраплевральной полости должно периодически контролироваться, и в случае его повышения излишки масла из полости необходимо удалять. Это позволит предупредить ряд нежелательных осложнений.

При прогрессирующем сморщивании экстраплевральной полости целесообразно вводить в полость воднорастворимые препараты кортизона и препараты типа гиалуронидазы (например, лидазу), которые, как известно, тормозят развитие рубцовой соединительной ткани.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А. И. Русск. клин., 1927, VII, 33. — 2. Атаманов Г. С. Здравоохр. Белорусс., 1959. — 3. Гаршин В. Г. Журн. совр. хир., 1927, 2. — 4. Крохов И. Укр. мед. арх., 1927, 1. — 5. Левин Г. С. Оперативное лечение больных туберкулезом легких, Минск, 1959. — 6. Писарева Т. А. Нов. хир. арх., 1930, 1. — 7. Чистяков Н. Л. Нов. хир. арх., 1929, 8, 5. — 8. Malluche G. Die Pneumolyse, Leipzig, 1957.

Поступила 18 мая 1960 г.

## ИЗЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПСЕВДАРТРОЗА ПЛЕЧА С ПОМОЩЬЮ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО «ЗАМКА» БЕЗ АУТОТРАНСПЛАНТАТА

*Асс. Х. С. Рахимкулов*

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — проф. Л. И. Шулутко) и курс хирургии детского возраста (зав.— доц. И. Ф. Харитонов) Казанского медицинского института

Лечение ложных суставов огнестрельного происхождения является одной из трудных ортопедических задач.

Применение аутоотрансплантата в подобных случаях не всегда благоприятно, особенно после многократных безуспешных операций. В этом отношении представляет