

Анализ проведенных нами наблюдений показал, что ошибки в диагностике в большинстве случаев зависят от недостаточно тщательного исследования больного.

Отмечено, что абдоминальный синдром при плевро-легочных заболеваниях может встречаться в любом возрасте, но наиболее часто он наблюдается у детей. Симптомокомплекс острого живота чаще симулируют правосторонние нижнедолевые пневмонии. Необходимо учитывать, что в ряде случаев и левосторонние пневмонии могут иногда симулировать острый аппендицит. Можно полагать, что важная роль при этом принадлежит перекрестным иннервационным взаимосвязям.

Приводим одно из наших наблюдений.

Б-ной К., 7 лет, поступил 16/II 1958 г. с диагнозом: острый аппендицит. Жалуются на боли в правой подвздошной области.

Заболел 15/II в 3 часа дня: внезапно появились боли в животе, которые сопровождались рвотой.

Состояние больного тяжелое, температура — 39,9°. Одышка. Пульс — 130. Язык влажный. Живот имеет правильную конфигурацию, участвует в акте дыхания. Болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. Симптом Щеткина отрицательный. Слева в подлопаточной и подмышечной областях выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Здесь же определяется и притупление перкуторного звука. Количество лейкоцитов — 12 600. Поставлен диагноз: левосторонняя пневмония.

Такие симптомы в клинической картине заболевания, как озноб, одышка, острое начало с высокой температурой, кашель, игра крыльев носа, лихорадочный румянец на щеках, — свидетельствуют о плевро-легочном заболевании. Что касается объективных данных со стороны живота, то при плевро-легочных заболеваниях болезненность при пальпации носит более поверхностный характер. Глубокая же пальпация обычно не усиливает болей, а напряжение мышц легко преодолевается. Помощь в диагностике может оказать также и выслушивание живота, при котором можно бывает при плевро-легочном заболевании определить перистальтику кишечника.

Еще большие диагностические трудности возникают при центральной пневмонии, при которой первоначальные признаки легочного заболевания часто завуалированы. Особенно трудно провести дифференциальную диагностику для тех больных, у которых в клинической картине преобладает симптомокомплекс острого живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухштаб Я. А. и Каменчик М. Г. *Вестн. хир. им. И. И. Грекова*, 1939, 2—3.
2. Виккер М. М. Неотложная диагностика и врачебная тактика при острых брюшных заболеваниях. Ростиздат, 1938.
3. Джанелидзе Ю. Ю. *Собр. соч.*, 1954, 4.
4. Казаков П. Т. и Фридланд И. Б. *Тер. арх.*, 1937, 4.
5. Самарин Н. Н. *Диагностика острого живота*. 1952.
6. Углов Ф. Г. *Вестн. хир. им. И. И. Грекова*, 1959, 2.
7. Фишэнзон Е. Я. *Врач. дело*, 1934, 7.

Поступила 18 мая 1959 г.

РОЛЬ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ПЕРЕЖИГАНИИ СПАЕК У БОЛЬНЫХ С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Н. И. Краковский и И. П. Копейко

Институт хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР (директор — проф. А. А. Вишневский) и Московский научно-исследовательский институт туберкулеза Минздрава РСФСР (директор — В. Ф. Чернышев)

Искусственный пневмоторакс как метод лечения легочного туберкулеза имеет достаточно большое распространение в СССР и в ряде зарубежных стран.

Благодаря широкому применению антибактериальной терапии повысилась эффективность лечения искусственным пневмотораксом, уменьшилось число осложнений и сократились сроки лечения.

Хорошо известно, что внутриплевральные спайки мешают формированию эффективного искусственного пневмоторакса.

Для пережигания спаек необходимы следующие условия: 1) наличие газового пузыря достаточных размеров, позволяющего ввести в плевральную полость соответствующие инструменты и 2) давление в плевральной полости должно быть равным атмосферному (К. Д. Есипов, Н. Г. Стойко, А. Н. Розанов, Б. М. Гармсен), чтобы избежать быстрого вхождения воздуха в плевральную полость, смещения средостения и возникновения плевропульмонального шока.

Клиническая картина плевропульмонального шока, возникающего при открытом пневмотораксе вследствие ранения или оперативного вскрытия грудной полости, наблюдается и в клинике легочного туберкулеза при торакоскопии и торакокаустике у больных с большим отрицательным давлением в плевральной полости, особенно при лабильном средостении или медиастинальной грыже.

Создать газовый пузырь необходимых для операции размеров значительно легче, чем иногда добиться давления в плевральной полости, равного атмосферному. К этому имеется много причин: 1) смещаемость средостения, 2) расположение каверны, близкое к плевре, со спайками в этой зоне, могущее привести к разрыву каверны при повышении внутриплеврального давления и доведении его до атмосферного, 3) наличие медиастинальной грыжи, 4) нарушение сердечной деятельности (особенно правое сердце), 5) спайки с фиксацией к сосудистому пучку купола плевры.

Особая трудность встречается при достижении давления в плевральной полости, равного атмосферному, у детей и подростков, у которых весьма лабильное средостение, или у больных с выраженными явлениями кислородного голодания.

Н. Г. Стойко, А. Н. Розанов и др. пытались добиться устойчивости средостения при его лабильности путем удлинения срока предоперационной подготовки. Однако, это не приемлемо в условиях санатория с ограниченным сроком лечения больного. Удлинение срока лечения также ведет к непроизводительной трате койкодной и увеличению срока нетрудоспособности, а продолжительное «висение на спайках» каверны чревато для больного возможностями кровотечения, разрыва стенки каверны с образованием эмфиземы.

Чтобы достигнуть давления в плевральной полости, равного атмосферному, и избежать возможность плевропульмонального шока, предложено много различных методов.

Одним из этих методов является наложение контрлатерального пневмоторакса при подвижном средостении на заведомо здоровой стороне (Н. Г. Стойко).

Использовался принцип Брауэра — оперировать под повышенным давлением — и применялся модернизированный аппарат для повышения давления (Ф. А. Михайлов), не нашедший, однако, сторонников ввиду громоздкости и дороговизны. Применялись также различные виды уменьшения объема газового пузыря в плевральной полости путем механического поднятия диафрагмы при помощи подушечки, пелота (Ф. А. Михайлов, И. З. Сигал), и тем самым повышалось внутриплевральное давление до атмосферного.

Каждый из указанных методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, что уже освещено в отечественной литературе.

Принципиально отличным мероприятием, позволяющим производить оперативное вмешательство при отрицательном внутриплевральном давлении, является вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому.

Вагосимпатическая блокада как метод борьбы с плевропульмональным шоком оправдала себя в годы Великой Отечественной войны у раненых с открытым пневмотораксом, а целесообразность ее применения в мирное время при операциях на грудной клетке подтверждают многие клиники (А. Н. Бакулев, А. А. Вишневский, Б. К. Осипов и др.).

Наши наблюдения охватывают 80 торакокаустик и торакоскопий у 72 больных, из которых у 8 было двустороннее вмешательство или повторное на одной стороне. Мужчин было 33 и женщин — 39.

Искусственный пневмоторакс был наложен по поводу инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада у 40, очагового туберкулеза легких с распадом — у 27 и фиброзно-кавернозного — у 5 больных.

Давность искусственного пневмоторакса была до 2 месяцев — у 35, до 6 месяцев — у 21, до 1 года — у 14 и свыше 1 года — у 2 больных.

Вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому всегда производится на операционном столе на стороне производства операции.

После вагосимпатической блокады больной поворачивается и укладывается на здоровую сторону по обычно принятой методике при пережигании внутриплевральных спаек.

Пережигание производится по обычной методике. После окончания пережигания и удаления торакоскопа лучше заставить больного сделать глубокий выдох, после чего извлечь футляр торакоскопа из плевральной полости и зашить рану.

Для иллюстрации сказанного приводим примеры:

1. Г., 1936 г. рождения, поступила 4/1-54 г. с диагнозом — правосторонний неэффективный искусственный пневмоторакс, наложенный в ноябре 1953 г. по поводу инфильтрата с распадом. На рентгенограмме справа определяется газовый пузырь искусственного пневмоторакса. В верхней части спавшегося легкого видна полость распада $4 \times 2,5$ см. Верхушка легкого фиксирована к куполу плевры мощными тяжами. Поддувание производилось один раз в неделю по 300 см^3 и заканчивалось колебаниями манометра $\frac{-12}{-10}$. Учитывая подвижное средостение, одышку и «висящую на спайках» каверну, увеличивать давление в плевральной полости и довести его до атмосферного не представлялось возможным. Больная подвергнута операции при колебании манометра после поддувания $\frac{-10}{-12}$ с предварительной вагосимпатической блокадой по А. В. Вишневскому.

Операцию перенесла хорошо, без осложнений и усиления одышки. Послеоперационное течение гладкое.

Через год абациллярна, хороший газовый пузырь, при поддувании большие отрицательные колебания. Учится.

II. Б-ной А., 19 лет, поступил 21/VII-58 г. с диагнозом: очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада.

9/IX-58 г. наложен искусственный пневмоторакс справа, оказавшийся неэффективным из-за верхушечных спаек. Формирование газового пузыря производилось медленно, так как у больного после очередных поддуваний появлялись одышка, сердцебиение, экстрасистолия. Довести давление в грудной полости до атмосферного не представлялось возможным. Конечные колебания после поддувания были $\frac{-7}{-5}$.

1/XI-58 г. решено произвести операцию торакоскопии при отрицательном внутриплевральном давлении с вагосимпатической блокадой.

Больная операцию перенесла хорошо, удалось пережечь все спайки. Никаких явлений со стороны сердечно-сосудистой системы как во время операции, так и после нее не было.

ВЫВОДЫ

1. Предварительное применение шейной вагосимпатической блокады по А. В. Вишневскому позволяет оперировать больных с отрицательным внутриплевральным давлением без длительной предоперационной подготовки и специальных приспособлений, что важно в фтизиатрической практике.

2. Предложенная методика дает возможность больному больший промежуток времени находиться в послеоперационном периоде в условиях санатория, что повышает эффективность лечения.

Поступила 6 декабря 1960 г.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСПЕНАЛА И МЕТАЦИНА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

И. В. Оль

Факультетская терапевтическая клиника (зав. — проф. Н. Е. Кавецкий)
Куйбышевского медицинского института

Метацин — йодметилат диметил-аминоэтилового эфира бензиловой кислоты — синтезирован в ВНИХФИ. Белый кристаллический порошок с температурой плавления $192-195^\circ$. Обладает холинолитической активностью, по характеру действия приближается к атропину, однако по влиянию на разные холинореактивные системы отличается от атропина.