

Из хирургического отделения санатория имени Ленина (Прозоровка). Заведующий Н. Г. Стойко.

Отдаленные результаты самостоятельного и комбинированного френикоэкзереза при различных формах легочного туберкулеза.

А. М. Лункевич.

Френикоэкзерез (экз.), будучи широко распространенным хирургическим вмешательством, до сих пор еще вызывает серьезные разногласия в оценке его применения, как самостоятельной операции, так и в комбинации с другими хирургическими методами лечения туберкулеза (тбк.) легких.

Эти разногласия зависят: 1) от различного материала, имевшегося в распоряжении авторов, 2) от вычисления процентов результатов для всех форм легочного туберкулеза вместе взятых, 3) от длительности наблюдения за отдаленными результатами и, наконец, 4) от недооценки социально-экономических условий, в которых живут больные после операции.

При обработке нашего материала мы старались, по мере сил и возможности, принять во внимание все это.

Из 250 экз., сделанных в отделении, прослежены отдаленные результаты только в 192 случаях (из них 25% через 2 г., 25% через 5 лет, остальные через 3—4 года). Все остальные—без отдаленных результатов и с последующей торакопластикой (тпл)—были отброшены.

Для выяснения отдаленных результатов больные отвечали на разосланные им опросные карты и вызывались в санаторию на повторные просвечивания, рентгено снимки, лабораторные и клинические исследования.

При *инфильтратах* (инф) было сделано 33 экз., при *продуктивно-кавернозных* (прод.-кав.) процессах—141 и при *экссудативно-казеозных пневмониях* (каз. пн.)—18. Правосторонних экз.—102 и левостор.—90. При инф. 22 справа и 11 слева, при каз.-пн., наоборот, 12 слева и 6 справа, при прод.-кав. 73 справа и 68 слева. Эти соотношения, по нашим наблюдениям, совпадают с большей частотой встреч инф. и лобитов справа и каз.-пн. слева. Весь материал представлял 32% двусторонних и 68% односторонних процессов. Оперировались больные в возрасте 19—37 лет, из них 26% *женщин*, у которых относительный процент инф. был больший, чем у мужчин; у этих последних преобладал процент каз.-пн.

Прежде чем рассматривать результаты при различных формах легочного тбк, приведем цифры для всех 192 случ. вместе взятых.

Из 192 больных, выписавшихся из санатория при обследовании через 2—5 лет, с нормальной температурой (тмп) живут 62%, чувствуют себя вполне хорошо—55%, работает—61% и число с постоянным отсутствием *бацилл Коха* (BK abs)—42%. (При выписке их было только 36%). Абацитарность устанавливалась многократными исследованиями мокроты в течение всех лет наблюдения и посевами (в большом проценте) по Хон у.

При этом надо отметить, что результаты у больных, *не потерявших BK*, гораздо хуже, чем у ставших *абацилллярными*. У последних—с нормальной тмп (76%), хорошим самочувствием (76%) и работающих (80%) почти вдвое больше, чем у бацилловыделителей (45%—40%—46%), ни одного смертного случая, тогда как у бацилловыделителей их в санатории 4% (после 2—3-месячного пребывания из-за тяжести процессов) и в дальнейшем еще 23%.

Правосторонний экз. дал лучшие результаты, чем *левосторонний*. Тмп. нормальная при правосторонн. у 64%, при левосторонн. у 60%; абацитарность справа—50%, слева—32%; работает 63% справа, 58% слева; умерших прав. 6,9%, левост. 26%. Лучшие результаты объясняются, по всей вероятности, большим про-

ментом инф. и прод.-кав. и более высоким подъемом диафрагмы справа, а худшие результаты слева—большим % каз.-пн. и непосредственной близостью сердца.

Само собой понятно, что *односторонние* процессы дали гораздо лучшие результаты, чем *двусторонние*: при односторонн. излечение было в 13%, улучшение в 71%, а при двусторонн.—излечение—в 1% улучшение в 25%.

Влияние экз. на каверну сказало ее сморщиванием у 75 (39%) или полной *облитерацией* у 12 (6,3%). Надо заметить, что уменьшение *верхнедолевых* каверн было у 63 (84%), *нижние и средние долевых* только у 12 (16%); процент же облитерации верхнедолевых каверн был у 9 (75%), а средние и нижне долевых у 3 (25%). Меньшее влияние экз. на средне-долевые каверны зависит в большинстве случаев от их прехилусного расположения, где они почти не поддаются спадению из-за большого количества имеющихся здесь бронхов, сосудов и т. п., в то время как нижнедолевые каверны и лежащие ближе к маргинальной части легкого, среднедолевые нехорошо поджимаются и закрываются.

Зависимость сморщивания и закрытия каверны от *высоты поднятия диафрагмы* ясно видна на нашем материале; высокое поднятие ее имелось в 46%, при чем справа больше, чем слева (50%—42%); этим и объясняются лучшие результаты экз. справа, где сморщивание и закрытие каверны было в 50%, тогда как слева оно наблюдалось в 38%.

Материал наш еще раз подтверждает, что длина извлеченного нерва не играет большой роли в успехе экзереза, так как нерв большой длины был извлечен только в 25%, в то время как высокое поднятие диафрагмы было в 46%, влияние на каверну в 49,3%, и абациллярность в 42%.

Эти предварительные сведения экзереза для всех 192 больных, ценные сами по себе, становятся еще более интересными, если рассматривать их в связи с *разными формами легочного тбк.*

Само собой разумеется, что чем свежее легочное заболевание, тем отдаленные результаты лучше. Наибольший процент апиретичных (85%), абациллярных (60%), работающих (74%) и с хорошим самочувствием (85%) дают инфильтраты. При *прод.-кав.* процессах все цифры значительно ниже (апиретичных 59%, абациллярных 39%, с хорошим самоц. 50% и работают 60%). Что же касается таких тяжелых процессов, как *каз. пн.*, то тут результаты мало утешительны: всего лишь 27% с нормальной тмп. и хорошим самочувствием, работают только 36%, но зато 16% стало абациллярными, хотя при выписке они все были бацилловыделителями.

Смертности при инф. не было [за все годы наших наблюдений; самый большой % ее падал на больных с *каз. пн.* (11% в санатории и 45% в дальнейшем), что вполне совпадает с цифрами других авторов. *Прод.-кав.* процессы дали в санатории 2%, а через 2—5 лет еще 12% смертности.

При инф., особенно ранних, и эластичность легочной ткани сохранена больше, и каверны свежее (без твердой оболочки, как это наблюдается при продуктивно-фиброзных процессах); поэтому и % больных с высоким поднятием диафрагмы, со сморщенными и закрытыми кавернами, с улучшением общего состояния гораздо больше, чем при *продукт.-кав.* процессах.

При *экссудативно-каз. пн.*, где казеозные массы часто мешают высокому поднятию диафрагмы, где интоксикация резко выражена,—результаты значительно слабее; но без экз.,—почти единственного вмешательства,—с которого нужно, по нашему мнению, начинать,—больные обречены на гибель во всех 100%. Применять же в данном случае и п. многие авторы воздерживаются, так как плевро, будучи и без того часто туберкулизована, чувствительна ко всякой травме и дает очень рано тяжелые экссудаты, заставляющие все равно прекращать и п.; а между тем. экз., поднимая диафрагму хотя бы незначительно, действует внеплеврально на легкие, приводя его к относительному покою, который вскоре же после экз. дает часто *дезинтоксикацию*; падение тмп. (44%) и улучшение общего состояния (50%). Френз при *каз. пн.* не мешает в дальнейшем, уже à froid, применить и п.

Последим теперь отдельно результаты экз., как *самостоятельного*, так и в различных комбинациях с другими хирургическими мероприятиями.

Весь материал мы разбили на 5 групп: 1) экз., как самостоятельная операция, применялся в 111 случаях; 2) в комбинации с и. п. на той же стороне—в 57 случ.; 3) с и. п. на другой стороне—15 случ.; 4) с пломбой на той же стороне 6 случ. и, наконец, 5) с пломбой на одной стороне и и. п. на другой—3 случая.

Показанными к применению *одного самостоятельного* экз. мы считаем случаи, где и. п. не мог быть применен из-за сращений, а бациллярность и симптомы интоксикации требовали закрытия каверны или приведения к покою легкого: 1) инфильтративные, прод.-кавернозные односторонние или двустор. процессы с кавернами, как верхних, так и нижних отделов; 2) некавернозные инф. и продукт. заболевания со склонностью к прогрессированию; 3) экссудативные пневмонии по возможности до перехода в казеозные (для дезинтоксикации); и, наконец, 4) упорно повторяющиеся небольшие паренхиматозные кровохаркания. (При кровотечениях, идущих из толстостенных каверн с выпячивающимися сосудами экз. не показан, ибо он не только не останавливает их, но может вызвать после операции профузное кровотечение).

Из 111 *самостоятельных* экз. 33% больных потеряло ВК уже в санатории; из этих последних 80% продолжали быть абациллярными (через 2—5 лет); и из выписавшихся бацилловыделителей через те же сроки еще 8% стали абациллярными. С нормальной температурой жили 53%, работали 50%, с хорошим самочувствием 49%. Смертность в санатории 3% и через 3—5 лет—20% (умерли от двусторонних процессов, горловых и кишечных осложнений, при чем в большинстве своем это были люди физического труда и тяжелых условий жизни). Если принять во внимание тяжесть процессов, при которых зачастую применялся экз., то вышеприведенные цифры сами говорят за то, что экз. был тут *ценным* вмешательством; и действительно, он снижает смертность среди бацилловыделителей, ибо обследование через 2—4 года после выписки из санатория всех бациллярных, неподвергшихся никаким операциям, показало, что их умерло 40%.

Эти результаты побуждают до известной степени тот пессимизм, который еще имеется по отношению к экз., как самостоятельному вмешательству. Этот пессимизм еще менее основателен, когда разбираешь отдаленные результаты самостоятельного экз. *при различных формах* легочного заболевания. Здесь получаются те же благоприятные соотношения: для *инф.* абациллярность в 70%, нормальная тмп., хорошее самочувствие в 80%, работают в 70% и ни одного смертного случая; менее благоприятные—для *прод. кав.*: абациллярность в 33%, нормальная тмп. в 47%, хорошее самочувствие в 41%, работают в 50% и смертность в 20%; наконец, наименее благоприятные результаты для *каз. пн.*: из 13 больных только трое стали абациллярными, имели норм. тмп. и хорошее самочувствие, 25% работают и 50% погибло.

Терапевтический эффект после экз. обнаруживается большею частью быстро, пороку же нарастает постепенно и делается заметным два—три месяца спустя; поэтому спешить с заключением о результатах не приходится. Ряд авторов также отмечает благоприятные результаты от самостоятельного примененного экз.: Вирт, Закс, Вейнер, Мендель и др.—абациллярность в 34—61%, закрытие каверны в 22—50%.

Экз., как *дополнительную* операцию к и. п. на той же стороне мы применяли: 1) когда и. п. даже с хорошим пузырем не мог закрыть каверну, благодаря сращениям легкого с диафрагмой, которое в таких случаях „пружинит“, 2) когда тяжи держат каверну в подвешенном состоянии, Якобеуса (пережатие спаяк) нельзя сделать, а экз. через, изменяя конфигурацию каверны, облегчает ее спадение; 3) при упорных или часто рецидивирующих экссудатах, так как поднятие диафрагмы способствует более быстрому их всасыванию. (При больших же экссудатах экз. не показан, ибо экссудат тяжестью своей опускает парализованный купол диафрагмы).

Из всего числа 57 экз., сделанных на стороне уже имевшегося и. п. 68% больных живет с нормальной тмп., 43% абациллярны, 80% работает, большинство (68%) с хорошим самочувствием. Смертность в санатории 1,7%, в дальнейшем еще 3%. При *инф.* эта комбинация мероприятий также дает наилучшие результаты: абациллярность в 75% (при прод.-кав.—в 34%, при каз. пн.—ни одного); хорошее самочувствие, апиретичны и работают все 100% (при прод.-кав. хорошее самочувствие 62% и работают 70%; при казеозных же пневмониях работают только 50% и все с субфебрильн. температурой). Смертности при инф. не было, при прод.-кав.—6%.

Вопрос, когда применять экз., если и. п. не достигает цели, ставился многими авторами и практика наша говорит о том, что не следует терять времени. Если 3—4 месяца каверна не поджимается, зияет и нет шансов на ее закрытие и. п.-ом, нужно производить экз. При чем спешить с возобновлением и. п. не приходится,

во-первых, чтобы иметь возможность проследить за подъемом диафрагмы, во-вторых, потому что плевра после экз., в противоположность плевре после Якобеуса, рассасывает газ *значительно медленнее*: если после пережигания спаек необходимо скорее поддувать, чтобы не потерять пузыря, то после экз. возобновлять И. П. можно лишь через 3—4 недели, следя за тем, чтобы легкое не распустилось полностью, а оставляло плевральную щель для возобновления вдуваний.

Применение экз. на одной стороне и и. п. на другой является наиболее ответственным в смысле отбора случаев и решения вопроса, *что раньше начинать* при двустороннем процессе, требующем вмешательства и. п. или экз. Тут нужно учитывать многие моменты. Прежде всего и больше всего—состояние сердечно-сосудистой системы, затем—наличие эмфиземы или сращений, степень эластичности легкого и т. д.

Если при двустороннем поражении на стороне с более старым процессом приходится делать экз., а на стороне со свежим процессом и. п., то опыт Прозоровского санатория и Н. Г. Стойко показал, что *сначала лучше наладить* на более свежей стороне небольшой окутывающий и. п., и, если все пройдет благополучно—без спонтанного пн,—то делать экз. на более пораженной стороне. Тут мы наблюдали иногда лишь одышку. Если же *сначала* делать экз., а *потом* и. п., то в случае *спонтанного* пн., можно ожидать самых тяжелых последствий, о чем свидетельствуют многие авторы и что один раз наблюдалось и в нашей практике, к счастью, кончившейся благополучно.

Эта установка при двусторонних хирургических мероприятиях относится и к применению торакопластики на одной стороне и и. п. на другой, менее пораженной. Н. Г. Стойко по тем же соображениям (возможность спонтанного) сначала накладывает небольшой пристеночный и. п. на более свежей стороне, а потом уже производит тпл—на другой.

Из 15 экз. на одной стороне и и. п. на другой абациллярных было 23%, с нормальной тмл. жило 73%, работающих с хорошим самочувствием 62%. Умер только один больной.

При пломбе с незакрывшейся каверной был сделан добавочный экз. в 9 случаях: 6 больных с пломбой и экз. на той же стороне, а 3 еще и с и. п. на другой стороне. Из первой группы (6) потеряли трое ВК и работают с нормальной тмл.; а из 2-ой—все трое абациллярны и работают с устойчивым хорошим самочувствием.

Уже тот небольшой материал показывает, насколько успешны могут быть отдаленные результаты при комбинированном экзерезе.

Из осложнений, кроме вышеупомянутого спонтанного ПН, были преходящие одышки, 3 случая пневмоплеврита, 2 случая гастрических явлений (тяжесть в желудке и отрыжка) при левостороннем экз. и один случай боли в области печени при правостороннем экз.

Противопоказанными для экз., как операции необратимой и ставящей организм в совершенно новые патофизиологические условия, мы считали нарушения сердечно-сосудистой системы, эмфизему, большие сращения на другой стороне, возраст выше 40 лет и, наконец, большие горловые, кишечные и почечные осложнения.

По тем же соображениям экз., будучи *технически простым* вмешательством, требует, однако, перед операцией проверку всех сердечных и дыхательных функциональных способностей и тщательного исследования другого легкого.

Двусторонний экз., все в силу тех же мотивов, мы не считаем возможным применять до тех пор, пока этот вопрос не будет изучен экспериментально на животных, тем более, что литературные данные, за очень редким исключением, говорят лишь о тяжелых последствиях.

Итак, все вышеприведенные цифры свидетельствуют о следующем: 1) самостоятельный экзерез дает не только улучшение, но и излечение и тем надежнее, чем свежее случай; недооценивать его в практической работе невозможно, раз в связи с характером процессов он дает от 33%

до 77% абациллярности и от 25% до 70% стойкой работоспособности; 2) при экссудативно казеозных пневмониях лучше избегать и. п. и заменять его экзрезом; 3) дополнительный к и. п. экз. на той же стороне особенно ценен (43% абациллярности и 80% работоспособности); запаздывать с ним не следует, раз зияет каверна. В случаях подвешенных на спайках каверн применять его приходится только после предварительной торакоскопии, чтобы убедиться в невозможности Якобеуса; 4) случаи и. п. на одной стороне и экз. на другой, строго говоря являются самостоятельным применением экз.; и тут важно *сугубо серьезное* отношение к этому необратимому вмешательству, иначе оно будет авантюрой, чреватой тяжелыми последствиями.

Применением *алкоголизации* диафрагмального нерва, как это делают в настоящее время некоторые авторы, можно будет, пожалуй, добиться *временного выключения* диафрагмы; и эта операция, сделавшись обратимой, быть может, даст нам в некоторых случаях, и без особой опасности, желанный эффект. Но это дело будущего.

А пока, *в заключение*, хочется сказать об экз., как о каждом хирургическом вмешательстве, при котором идет речь о человеческой жизни, что тут не должно быть места ни пессимизму, ни оптимизму, доходящему порой до слишком легкого использования этого мероприятия.

Для получения хороших результатов необходимы *осторожный отбор и вдумчивое* отношение к каждому отдельному случаю, и тогда фрез. знакомство с которым должно проникнуть в широкую массу фтизиатров займет вполне заслуженное им место при лечении легочного туберкулеза

Из клиники туберкулеза ГИДУВ'а (Зав. проф. М. И. Мастbaum).

О комбинированной коллапсотерапии.

Асс. Крамов Н. А.

Каждый фтизиатр, имеющий достаточное количество больных с искусственным пневмотораксом, знает, что успех лечения этим методом часто зависит от состояния плевры. Там, где плевральные сращения препятствуют коллапсу пораженного участка легких, искусственный пневмоторакс (и. п.) большей частью не достигает своей цели. Чаще такие спайки встречаются в верхнем легочном поле. Нередко можно наблюдать, как введенный газ поджигает здоровую нижнюю долю, оставляя несжатым пораженное верхнее легочное поле. Особенно досадно такое состояние, когда пораженный туберкулезом участок, частично поджатый, имеет зияющую каверну, не сжимаемую в результате спаечного процесса. Иногда каверна как бы висит на спайках и настойчиво требует дополнительного вмешательства. Каверна не ликвидированная не только является тем „пулеметным гнездом“, откуда происходит „обстрел“ еще здоровых отделов легочной паренхимы, но и страшна постоянной опасностью разрыва спаек и последующего спонтанного пневмоторакса (с. п.).

Из предложенных методов ликвидации спаек операция Якобеуса (Jakobeus) и внеплевральный пневмолиз до сих пор не получили