

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); задавливать 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 каждомуциальному случаю, и тогда фрэз. 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 коллапсoterапии.

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 поджимает здоровую нижнюю долю, оставляя нескжатым 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 (Jacobus) и внеплевральный пневмолиз до сих пор не получили

в СССР достаточного развития. Пережигание спаек по Якобеусу, широко практикующееся в столичных центрах СССР, почти не проводится в провинции, главным образом, из-за отсутствия торакоскопа. Операция внеплеврального пневмолиза, насколько нам известно из литературы, в СССР не проводится.

В данной статье нас интересует вопрос о влиянии френикоэхзреза на течение и. п. Поводом для настоящего сообщения является материал нашей клиники за последние годы. Через клинику туберкулеза ГИДУВ'а проходит большинство пневмотораксных больных Казани и районов ТР как для наложения первичного и. п., так и в течении курса и. п. Из нашего материала мы приведем всего 2 случая искусственного пневмоторакса, в течение которого мы были вынуждены прибегнуть к дополнительной операции для получения действительного эффекта коллапсотерапии.

Больной Ф-ов. Считает себя больным с февраля 1932 г., когда появились слабость,очные поты после перенесенного „гриппа“. Нараставшее ухудшение привело больного в апреле 1932 г. в Туб. диспансер, где были обнаружены ВК в мокроте и рентгеноскопия дала след. картину (см. схематич рис. 1).

Был наложен 9/V 1932 г. искусственный пневмоторакс, после чего больной поехал в Кумыс, где провел курс лечения с прибылью в весе, но с ВК +, эл. в. +, РОЭ—30 мм. и прежней рентгенокартикой.

И. п. накладывался через 8–10 дней, но отмеченные выше показатели не дали изменений к улучшению. Воздушный пузырь был хороший, смещений средостения не было, а каверна зияла и как бы висела на спайках, тянувшихся от нее вверх (см. рис. 2).

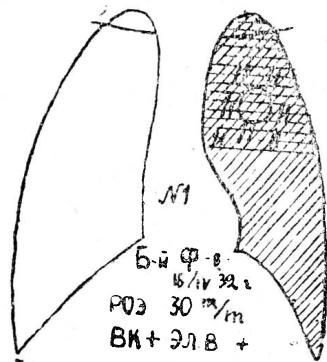


Рис. 1.

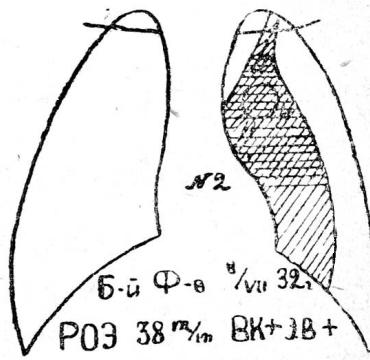


Рис. 2.

Так как и. п. не достигал цели и спайки на рентгене казались шнурообразными, а легкое было достаточно поджато, больному было предложено пережигание спаек по Якобеусу, для чего больной был направлен в Прозоровский санаторий. Здесь тарокоскопия показала, что спайки плоскостные и не могут быть пережжены. Больной вернулся 10/XI 1932 в Казань и продолжал наложение и. п. Так прошло еще 4 месяца без какого-либо эффекта: РОЭ—35, ВК +, эл. в. +, рентген (см. рис. 3).

Больному предложена операция френикоэхизереза, которая и была произведена 4/III 1933 г. Послеоперационное течение хорошее, через 3 недели б-ой явился в клинику со след. данными: количество мокроты резко уменьшилось, ВК исчезли, эл. в. нет, РОЭ снизилось до 20 мм. Самочувствие б-ного хорошее, спустя 1½ мес. б-ой приступил к работе и несет большую нагрузку (10—12 час. в сутки). Повторное обследование на ВК давало отрицательные результаты, РОЭ снизилась до 8 мм. Рентген 15/VII 1934 г., т. е. спустя 17 месяцев после операции, дает след. картину (см. рис. 4).

II. Б-ая О-ва считает себя больной с лета 1932 г., когда появился кашель; лечилась амбулаторно. При первой рентгеноскопии 9/IX 1932 г. была обнаружена полость в правом верхнем легочном поле (см. рис. 5).

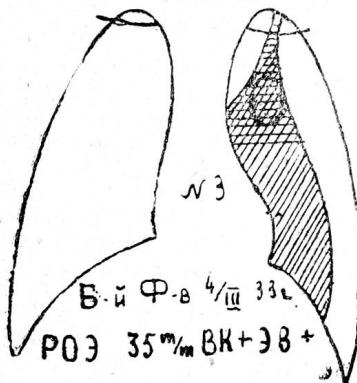


Рис. 3.

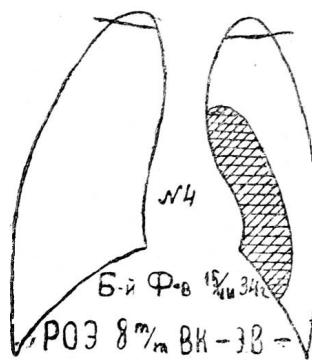


Рис. 4.

При поступлении в клинику: ВК +, эл. в. +, т. 37,6, РОЭ—27 мм., рентген см. зарисовку. Наложен 21/IX 1932 г. первичный искусственный пневмоторакс. Несмотря на хороший воздушный пузырь каверна не поджималась (см. рис. 6). Рентгеноскопически создавалось впечатление, что спайка очень тонкая и легко под-

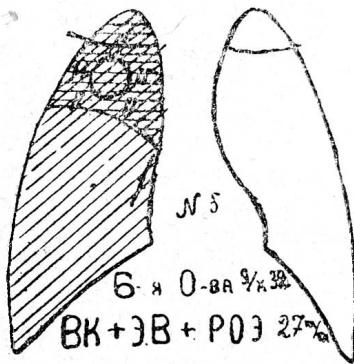


Рис. 5.

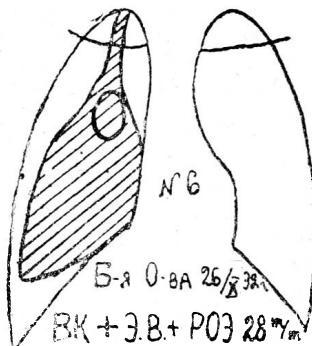


Рис. 6.

датся пережиганию. Б-ая 29/XI 1932 г. была направлена вместе с предыдущим больным в Прозоровский санаторий (под Москвой) для операции пережигания спаек по Якобе у с. Торакоскопия показала ряд широких спаек, веерообразно расходящихся от висцеральной плевры к париетальной, пережигание не удалось. Б-ая вернулась в Казань. Последующее течение не дало ничего нового: ВК +, эл. в. +, РОЭ—30 мм. И. п. продолжался. Б-ой предлагалась неоднократно операция френикоэктезера, от которой она упорно отказывалась и согласилась только в октябре 1933 г., т. е. спустя 15 месяцев после того, как были обнаружены ВК и 14 месяцев после наложения первичного и. п., не имевшего лечебного эффекта. Операция френикоэктезера была сделана 16/X 1933 г.

Через 1 месяц: мокрота резко уменьшилась в количестве, из гнойной стала слизистой, ВК исчезли, эл. в. исчезли. Рентген давал след. картину (см. рис. 7). Диафрагма поднялась на 6—7 сант., легкое спалось, каверна не видна и спайка, тянувшая кверху, рентгеноскопически не определяется. И. п. продолжается. Прошло уже 9 месяцев. ВК стойко отсутствуют, так же как и эл. в. Рентген дает картину, подобную прежней зарисовке.

Срок, прошедший после операции—17 месяцев в одном случае и 9 месяцев в другом. Можно ли говорить об эффективности такой комбинации френикоэкзереза и искусственного пневмоторакса? Напомним, что в обоих случаях каверна зияла и не поддавалась сжатию и. п. в течение 12—13 месяцев. ВК все это время держались в мокроте, РОЭ за этот период также держались на высоких цифрах

30—35 мм., не имея тенденции к снижению,—все это говорило о серьезном прогнозе. Лечение и. п., санаторное лечение, не имели эффекта ни в том, ни в другом случае. Была проведена операция френикоэкзереза, в результате которой: диафрагма поднялась, легкое спалось, каверна не определяется, спайка не видна, ВК и эл. в. исчезли, РОЭ снизилась. Отсутствие ВК и эл. в. и низкая РОЭ в течение 9—17 месяцев говорят о достаточной стойкости этих результатов.

Конечно, мы не обольщаемся полученными результатами; лечение продолжается и оба эти больные, как случаи с далеко зашедшем туберкулезом, нуждаются в постоянном наблюдении. Но для нас ясно, что сдвиг в иммунобиологическом состоянии этих больных произошел в положительную сторону и последующие результаты лечения будут

зависеть во многом от социально-бытовых условий больного.

Приведенные случаи интересны еще и в том отношении, что они опровергают взгляды Jesse'a и Капланского о том, что одновременное применение искусственного пневмоторакса и френикоэкзереза не достигает эффекта и потому нерационально. В обоих наших случаях френикоэкзерез был произведен на базе бывшего и продолжающегося искусственного пневмоторакса. В данное время и. п. у обоих этих больных проводится через 30—40 дней, пузырь поддерживается в том состоянии как это видно на зарисовках (4—7).

Чем же объяснить такой эффект от френикоэкзереза? В обоих случаях операция привела к поднятию диафрагмы, что увеличило коллатирующую силу искусственного пневмоторакса и покой легкого. Едва ли можно удовлетвориться только таким объяснением. В результате френикоэкзереза не только спалось легкое, закрылась каверна (исчезли ВК), но и рентгеноскопически мы не видим тех спаек, которые были причиной неэффективности искусственного пневмоторакса.

Там, где и. п. не достигал цели, и где пережигание спаек оказалось невозможным,—там перерезка и выкручивание п. phrenici повели к прекрасному результату. Нельзя ли причину пластических процессов легочной ткани видеть в трофических изменениях легочной паренхимы в связи с перерезкой п. phrenici? Вопрос этот нуждается в экспериментальной разработке и дополнительных клинических наблюдениях.

Как практический вывод считаем необходимым сделать следующие предложения:

1. Там, где и. п. в течение 5—6 месяцев не дает эффекта, особенно в случаях не ликвидированной каверны, следует поставить вопрос о френикоэкзерезе, не прекращая и. п.
2. Нужны экспериментальные исследования и клинические наблюдения над влиянием френикоэкзереза-томии на трофику легочной паренхимы и плевры.