

Из хирургического отделения (конс. хирург Л. С. Киш, конс. фтизиатр. Я. А. Керцман) Ливадийского санатория Цусстраха, (главный врач П. А. Заварзин).

## Торакопластика и беременность.

(К вопросу о стойкости лечебного эффекта после операции торакопластики).

**А. Г. Гильман.**

Операция торакопластики в течение последних 10-ти лет, после опубликования ряда больших статистик с отдаленными весьма благоприятными результатами ее применения (Зауэрбрух, Александер, Травезен, Булль) заняла почетное место в ряду вмешательств, применяемых в борьбе с деструктивным бациллярным туберкулезом легких.

Не сравнивая эту операцию с искусственным пнеймотораксом, с которым она никогда не конкурирует, хотя бы потому, что т. п. применяется только там, где и. п. технически невыполним из-за облитерации плевральной щели или там, где он уступает ей место, не дав ожидаемых результатов, эта операция, по единодушному мнению всех хирургов и фтизиатров, радикальнее и выгоднее в смысле получения большего процента благоприятных отдаленных результатов, чем все остальные хирург. методы лечения тбк легких (френско-экзерез, пневмолиз с plombировкой или без нее, операция Коффи и т. д. Денк, Ролов, Циглер, Гаукэ и др.).

Что ставится в упрек этой операции, и до последнего времени вполне справедливо,—это ее травматичность, недоступность ее для ослабленного тяжким тбк больного.

Данные международной тбк Конференции в Осло (1930), наш опыт последних 4-х лет, материал других союзных хирургов (Наливкин, Розе, Стойко) убеждают в том, что опасность этой операции в значительной степени преувеличена.

На материале в 56 операций у 29-ти больных мы не имели ни одной послеоперац. смерти. В учреждении, где эта операция постоянно применяется, она даже в глазах больных теряет ореол опасного вмешательства и у нас не было ни одного случая отказа больного от этой операции.

Остается сказать о последнем укре, который всегда на устах как врачей, так и больных против этой операции,—это то, что т. п. является уродующей нефизиологичной операцней, делающей больных инвалидами.

Интереснее всего, что этот упрек часто приходится слышать от хирургов с большим опытом (не в хирургии легочного тбк). Почему операция радикальной ампутации грудной железы при раке ее, резекция желудка при язве, нефрэктомии, ампутации прямой кишки и целый ряд других, с успехом и пользой применяемых, более травматичных вмешательств они не считают калечащими, уродующими, а операция т. п. в их глазах является таковой? Ведь ни один врач не скажет, что какое-либо из этих вмешательств физиологично. Применение их представляет выход из тяжелого положения при неподдающихся другим некровавым методам лечения заболевания. Но ведь и т. п. предлагается больным, обреченным в значительном своем числе без нее на неминуемую гибель.

Мы категорически утверждаем, что ни у одного из наших больных не получили искривления бока большой стороны, низкого стояния плеча на оперированной стороне. По фигуре и выправке, благодаря ряду предосторожностей, о которых здесь не место говорить, наши оперированные никаких отклонений от практически здоровых людей не обнаруживают.

Особенное сомнение обычно возбуждает вопрос, может ли больной после операции т. п. оставаться на физической работе. Значительная часть наших больных, нетрудоспособных до операции, после соответствующего срока послеоперационного лечения, возвращается к своей обычной, часто физической работе, и с успехом с ней справляется. Среди оперированных мы имеем легчява вот уже 1½ года после операции левосторонней торакопластики по поводу кавернозного тбк, несущего тяжелую и ответственную авиационную работу.

Настоящей заметкой мы хотим представить иллюстрацию того, насколько иногда устойчиво клиническое взлечение, которое дает больному операция т. п. и позволяет ему выйти победителем даже при необычных требованиях к резистентности организма.

Для женского организма, пораженного тбк, беременность является всегда очень серьезным экзаменом, в особенности послеродовой период и лактация.

Можем ли мы позволить женщине, подвергшейся операции т. п. а, следовательно, в прошлом носительнице тяжелого деструктивного тбк легких, роды и кормление ребенка без значительного риска обострения затихшего процесса на оперированной стороне или свежей вспышки на другой? В этом вопросе мы до последнего времени не имели никакого опыта и могли представить только теоретические соображения и рассуждения. В отношении пнеймоторакса опыт наш значительно богаче: мы знаем, что женщине с хронич. и. п. можно без особого риска позволить беременность, роды и кормление ребенка; больше этого—наложение искусственного пнеймоторакса в значительной степени страхует туберкулезную женщину, желающую сохранить беременность, от опасности обострения в послеродовом периоде и во время кормления.

До самого последнего времени в доступной нам литературе опубликовано только семь случаев родов после торакопластики: Ф. Иессен (1929)—1 сл., Буш—(1930)—2 сл., Г. Ессен—(1932)—2 сл., Сайе (Sage) 1 сл.<sup>1)</sup>, Ландау—2 сл.<sup>2)</sup>.

Случай Иессена настолько интересны, что мы позволяем себе привести краткие выдержки его истории болезни.

Сл. 1. Б-ная Л. С., 20 л., через 6 мес. после замуж. плох. самочувствие, субф. Т<sup>0</sup>. В прав. верхн. доле каверна велич. с яйцо. Мокр. гнойной 50 гр. с обилья. ВК и ЭВ. Ульцерозно—инфильтр. тбк гортани. 3 мес. сан. леч. в Давосе без успеха. В янв. 1926 г. и. п. Вследствие обширн. срращений в област. верх. доли ухудшение медленно наступает. Пнеймоплеврит. Через 14 мес. после начала и. п.—прав. торакопласт. от 8—1 ребра. В мае 1927 ВК—О, ЭВ—О. Авг. 1927—нет мокроты; в гортани процесс ликвидирован.

В авг. 1930 благополучные роды, ребенок здоров. В конце 1931 г. мать и ребенок здоровы.

<sup>1)</sup> Цит. по Гаймер и Галеру.

<sup>2)</sup> Сообщ. в медиц. об-ве в Магдебурге 28/I 1932

Сл. 2. И. С., 19 л. поступила в июне 1920. С авг. 1919 больна откр. тбк. Слева деструкт. большой процесс, справа активные очаги. Через 8 мес. санат. лечения правая стор. позволяет в февр. 1921 сделать нижн. т. п. слева (от 11 до 6 вкл.), через неск. недель обострение правой стор., не позволяющее закончить операцию. Б-ая выписана. В течен. 5-ти след. лет постепенное улучшение правой стороны, каверна в левой верх. доле без изм. В сен. 1926 верхн. левосторон. т. п. С окт. 1926 ВК—О.

В янв. 1928 поступила с беременностью мес. 2. В легких—благополучно, Т<sup>о</sup>—N, неск. куб. см. мокроты. Т. к., т. п. сделана недавно и в мокроте изредка единичные осколки ВК—беременность прервана. В авг. 1929—в мокр. при част. исслед. ВК—О. В моче эритроциты. Цистоскопия с катетер. мочеточников и прививка свинке исключают тбк (повидимому, нефролитиаз). В марте 1931—роды. В сен. 1931—мать и ребенок в хорош. состоянии; у матери в скудной мокроте ВК—О.

Приведенные 2 сл. чрезвычайно интересны: у первой б-й с тяжелым тбк легких, осложненным язвенным процессом гортани, операция т. п. не только ликвидировала гортанный и легочный процесс, но дала ей возможность пройти через беременность и роды без вспышки легочного процесса. То же самое можно сказать о 2-й б-й с двухсторонним легочным тбк и нефролитиазом.

### Переходим к описанию нашего случая.

Большая Д. Е. К.—25 лет, стенографистка, поступила в санат. Цусстраха № 2 в Ливадии 15 октября 1929 г. Длительный контакт с тяжел. туб. больными—старшей сестрой и мужем, умершим от тбк. Больна с 1925 г., когда осенью почувствовала слабость, начала терять в весе, появилась сухой кашель. С конца 1926 г. переселилась в Крым, где, несмотря на плохое самочувствие, продолжала работать. В нояб. 1927 г.—кровозлияние. Через неделю приступила к работе. Зимой 1927—28 г. изредка повышение Т<sup>о</sup>. В авг. 1928 г. обострение—кровохарканье Т<sup>о</sup> до 39, обнаружены ВК. Наложены правосторон. и. п.

Через 3 мес.—пневмоплеврит, после которого газ стал хуже идти и к концу 1928 г. и. п. был прекращен. С февр. 1929 г. после простуды обострение и в течение всей зимы Т<sup>о</sup> не ниже 38; ВК повторно обнаруж. В мае 1929—френдикокк-резерв правосторонний: Т<sup>о</sup> снизилась до нормы, но в мокроте оставались ВК и ЭВ. Через некоторое время Т<sup>о</sup> стала снова давать субфебрильные подъемы. Объективно: рост 169, вес 67,1, телослож. астенического. Т<sup>о</sup> субфебрильная. При перкуссия справа притупление спереди до 4 ребра сзади до угла лопатки. Аускультативно: спереди справа до 2-го межреберья мелко и средние пузырьчатые хрипы, сзади над и под остью лопатки обильные средне-пузырчатые влажные хрипы, местами звучные, слева выдох над верхушкой и жесткое дыхание до 2-го ребра. В мокроте ВК и ЭВ. Рое 3, 10, 18, 25<sup>1)</sup> за час; гемограмма по Шиллинггу: эозин, 2,5%, лимф. 27%, мон. 5%, кл. Тюрка 0,5%, палоч. 12,5%, сегм. 52,5%, нейтр. 65,5%; яд. сдвиг 18%. Дыхат. проба Штанге—20 секунд, кровяное давление 125—80, после пяти приседаний 130—80. П. 80, удовл. наполнен, ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны глуховаты.

25 октября 1929 операция первого момента паравертебральной прав. торакопластики (д-р К и ш): резецированы 5 нижн. ребер на протяжении 61,5 см. Послеоперационн. течение гладкое. Первичное заживление. 12 нояб. операция второго момента т. п., резецированы остальные ребра от 6 по 1. Послеопер. течение осложнялось гематомой. При выписке б-ной в конце декаб. 1929 г. в мокроте единичные ВК в препарате, ЭВ отсутствуют. С весны 1930 г. б-ная выделяет очень мало мокроты, в которой ВК не обнаруж. С осени 1930 б-ная в Москве—очень много работает, живет все время в тяжелых условиях. ВК нет. В январе 1932 г. родила здорового ребенка. В июне 1932 г. контрольный осмотр б-ной: в скудной мокроте при повторных исследованиях ВК не обнаружены. При выслушивании никаких активных явлений. На рентгенограмме (д-р Ю д и н) каверна в правом легком не видна. Самочувствие б-ной хорошее, работоспособность полная, кормит ребенка; ребенок здоров, нормально развивается. VIII. 1932—мать и ребенок в хорошем состоянии.

В свое время в первые м-цы беременности б-ная обратилась за советом к проф. Керцман, направившему ее на операцию. Проф. Керц-

<sup>1)</sup> Счет через 15'.

ман, опасаясь риска обострения, несмотря на устойчиво хорошее состояние б-ной и ее полную профессиональную трудоспособность в трудных условиях жизни в столичном городе, все же из-за осторожности посоветовал беременность прервать. Больная, страстно желавшая стать матерью, не послушалась ничьих советов.

В нашем случае в анамнезе искусственный пнеймоторакс, повидному, вследствие сращений не дал желательного эффекта; каверна в подключич. области осталась зияющей. II. п. пришлось прекратить после осложнения пнеймоплевритом; попытка получить от френикоэкзереза затихание процесса также оказалась безуспешной и больная, пройдя все этапы, пришла к операции торакопластики. Результаты вмешательства сказались в прекращении выделения бациллярной мокроты, снижении  $T^0$  до устойчиво нормальных цифр и возвращении полной трудоспособности. Стойкая компенсация не дала никаких колебаний ни во время беременности ни после родов в периоде лактации, и больная с успехом несет двойную нагрузку—советского работника и матери.

*Литература:* 1. Heimer и Thaler. Z. tbc. B. 64 H. 6.—2. Lessen H. Z. tbc. B. 63 H. 3/4.—3. Landau. M. M. W. 1932, № 22, стр 896.

Из клиники Инфекционных болезней Казанского государственного университета  
(Директор проф. Б. А. Вольтер).

### Экспериментальное исследование о значении реакции Коттманна для определения функции щитовидной железы.

Ассистенты клиники д-ра **Ф. Д. Агафонов** и **В. С. Зимницкий**.

Вопросы эндокринологии и в частности физиологии и патологии щитовидной железы с каждым годом все более и более привлекают к себе интерес как теоретиков, так и клиницистов. Однако, несмотря на многочисленные работы, эта область все еще представляет много неразрешенного. За последнее время в особенности привлекает к себе внимание функциональная диагностика желез внутренней секреции и на первом месте щитовидной железы.

Из всех существующих методов определения функциональной деятельности упомянутого органа необходимо отметить прежде всего метод исследования основного обмена, который дает наиболее надежные результаты (Katauma). Но этот метод сложен и требует хорошо оборудованной аппаратуры, а потому мало доступен для широкого клинического применения. Кроме того, несмотря на свои преимущества, этот метод по некоторым авторам (Штернберг) все же недостаточно чувствителен и не улавливает, например, сезонных изменений функции щитовидной железы.

Из других методов, более простых и доступных для клиники можно указать на пробу Гетша и Чепай с подкожным (или внутривенным—по Чепай) введением адреналина, затем на пробу Штернберга с атропином, а также на предложенную Коттманом в 1924 г. фотометрическую реакцию.