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

А. М. Луневич.

Френикоэкзезерез (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 терапией были отброшены.

Для выяснения отдаленных результатов больные отвечали на разосланые им опросные карты и вызывались в санаторий на повторные просвечивания, рентгеноскопии, лабораторные и клинические исследования.

При инфилтрататах (инф) было сделано 33 экз., при продуктивно-кавернозных (прод.-кав.) процессах—141 и при экссудативно-кавернозных (экс.-кав.)—18. Правосторонних экз.—102 и левосторон.—90. При инф. 22 справа и 11 слева, при каз.-сп., 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 лобом справа и каз.-сп. слева. Весь материал представлялся 32% двусторонними и 68% односторонними процессы. Оперировались больные в возрасте 19—37 лет, из них 26% женщин, у которых относительный процент инф. был больше, чем у мужчин; у этих последних преобладал процент каз.-сп.

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

Из 192 больных, выписавшихся из санатория при обследовании через 2—5 лет, с нормальной температурой (тп) живут 62%, чувствуют себя вполне хорошо — 55%, работает — 61% и число с постоянным отсутствием бацилл К о в а (ВК абс)— 42%. (При выписке их было только 36%). Абацилярность устанавливалась многократными исследованиями мокроты в течение всех лет наблюдения и посевами (в большинстве случаев) на Х о н у.

При этом надо отметить, что результаты у больных, не потерпевших ВК, гораздо хуже, чем у ставших абацилярными. У последних — с нормальной тп (76%), хорошим самочувствием (76%) и работающих (в 80%) почти вдвое больше, чем у базилловыделителей (45%—40%—46%). Ни одного смертельного случая, тогда как у базилловыделителей 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. Тп. нормальная при правосторон. у 64%, при левосторон. у 60%; абацилярность справа — 50%, слева — 32%; работает 69% справа, 58% слева; умерших прав. 6,9%, левост. 26%. Лучшие результаты объясняются, по всей вероятности, большим про-
центом инф. и прод.-кав. и более высоким подъемом диафрагмы справа, а худшие результаты слева—более 6% каз.-пч. и непосредственной близостью сердца.

Само собой понятно, что односторонние процессы дали гораздо лучшие результаты, чем двусторонние: при одностороннем излечением было в 13%, улучшение в 71/4%, а при двустороннем—излечением в 1% улучшение в 25%.

Влияние экз. на каверну сказывается ее смертностью у 75 (39%) или полной облитерацией у 12 (6,3%). Надо заметить, что уменьшение верхнедолевых каверн было у 63 (84%), низкое и среднее долевые только у 12 (16%); процент же облитерации верхнедолевых каверн был у 9 (75%), а среднез-низкие долевые у 3 (25%). Меньшее влияние экз. на среднедолевые каверны зависит в большинстве случаев от их преломленного расположения, где они почти не поддаются снадению 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 подживаются и закрываются.

Зависимость смертности и закрытия каверны от высоты поднятия диафрагмы ясно видна на нашем материале: высокое поднятие ее имело в 46%, при чем справа больше, чем слева (50%—42,5%); этим объясняются лучшие результаты экз. справа, где смертность 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 экзера, так как нерв большей длины был извлечен только в 25%, в то время как высокое поднятие диафрагмы было в 46%, влияние на каверну в 49,3%, и абацеражность в 42,3%.

Эти предварительные сведения экзера для всех 192 больных, ценные сами по себе, становятся еще более интересными, если рассматривать их в связи с разными формами левочного туб.

Само собой разумеется, что чем свежее легочное заболевание, тем отдаленные результаты лучше. Наибольший процент апириетичных (85%), абацеревых (6,9%), работающих (74%) и с хорошим самоощущением (85%) дают инфилтраты. При прод.-кав. процессы всех цифр значительно ниже (апиретичных 59 %, абацеревых 39%, с хорошим самочувствием 50% и работают 60%). Что же касается таких тяжелых процессов, как каз. пн., то тут результаты мало утешительны: всего лишь 27% с нормальной тип. и хорошим самоощущением, работают только 36%, но за то 16% стало абацеревыми, хотя при выписке они все были бацилловыделятелями.

Смертности при инф. не было за все годы наших наблюдений; самый больной 6% ее падал на больных с каз. пн. (11% в санатории и 45% в дальнейшем), что во многом совпадает с цифрами других авторов. Прод.-кав. процессы дали в санатории 2%, а через 2—5 лет еще 12% смертности.

При инф., особенно раньше, и эластичность легочной ткани сохранялась больше, и каверны свежее (без твердой оболочки, как это наблюдается при продуктивно-фиброзных процессах); поэтому в 4% больных с высоким поднятием диафрагмы, со сморщившимися и закрытыми кавернами, с улучшением общего состояния гораздо больше, чем при продукт.-кав. процессах.

При экссудативно-каз. пн., где кавернозные массы часто мешают высокому поднятию диафрагмы, где интоксикация резко выражена, результаты значительно слабее; но без экз.-почти единственно вмешательства, с которого нужно, но нашему мнению, начинать—больные обречены на гибель во всех 100%. Применяя же в данном случае ин. п. многие авторы воздерживаются, так как плевра, будучи и без того часто туберкулизирована, чувствительно по всякой травме и дает очень рано тяжелые экссудаты, заставляющие все равно прекращать инж. п.; а между тем экз., поднимая диафрагму хотя бы незначительно, действует внеплеврально на легкие, приводя его к относительному покой, который вскоре же после экз. дает частозенитоксикацию; падение тип. (44%) и улучшение общего состояния (50%). Фразы при каз. пн. не меняет в дальнейшем, уже а фройд, применять ин. п.

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

Весь материал мы разделили на 3 группы: 1) экз., как самостоятельная операция, применялся в 111 случаях; 2) в комбинации с ин. п. на той же стороне—в 57 случаях; 3) с ин. п. на другой стороне—15 случаев; 4) с пломбой на той же стороне 6 случаев и, наконец, 5) с пломбой на одной стороне и ин. п. на другой—3 случая.
Показанными к применению одного самостоятельного экз. мы считаем случаи, где и. п. не мог быть применен в-за сращений, а баилярность и симптомы интоксикации требовали закрытия каверно или приведения к покой легкого: 1) инфилтративные, прод.-каверною одноносторонние или двустор. процессы с кавернами, как верхних, так и нижних отделов; 2) некавернозные инф. и продукт заболевания со склонностью к прогрессированию; 3) эксудативные цианемии по возможности до перехода в казеозные (для дезинтоксикации); и. наконец, 4) упорно повторяющиеся небольшие паренхиматозные кровохарканья. (При привозятениях, идущих из толстостенных каверн с вычавывающимися 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 баилярными (через 2—5 лет), и на выписавшихся баилярволонианцев через те же сроки еще 8% стали баилярными. С нормальной температурой жили 53%, работали 50%, с хорошим самочувствием 49%. Смертность в санатории 3% и через 3—5 лет—20% (умерла от двусторонних процессов, горячих 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 применял экз., то вышенприведенные цифры сами говорят за то, что экз. был тут ценным вмешательством; и действительно, он снижает смертность среди баилярволнолонианцев, ибо обследование через 2—4 года после выписки из санатория всех баилярных, неподвергшихся никаким операциям, показало, что их умерло 4%.

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

Терапевтический эффект после экз. обнаруживается большей частью быстро, порой 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.: Бирт, Зак, Вейнер, Мендель и др.—баилярность 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 пузьрем не мог закрыть каверну, благодаря сращениям легкого с диафрагмой, которое в таких случаях "прижимает", 2) когда тяжко держат каверну в подвешенном состоянии, яко б е е с а (пережитое спаек) нельзя сделать, а экзезе, 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 тяжеловесной своей опускает перилегуальный купол диафрагмы).

Из всего числа 57 экз., сделанных на стороне уже имеющегося и. п. 68% больных живет с нормальной темп., 43% абацилярны, 80% работают, большинство \( 68\% \) с хорошим самочувствием. Смертность в санатории 1,5%, в дальнейшем еще 3%. При инф. эта комбинация мероприятий также дает наилучшие результаты: абацилярность в 75% (при прод.-кав.—в 34%, при каз. инф.—ни одного); хорошее самочувствие, апрически и работают все 100% (при прод.-кав. хорошее самочувствие 62% и работают 70%; при казеозных же пневмониях работают только 50% и все с суфебрильной температурой). Смертность при инф. не было, при прод.-кав.—6%.

Вопрос, когда применять экз., если и. п. не достигает целей, 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. — 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 плеер после экз., в противоположность плееру после Якобевского, рассасывает газ значительно медленнее: если после пережигания спазм необходимо скорее поддуть, чтобы не потерять пузыря, то после экз. возобновлять И. П. можно лишь через 3—4 недели, следя за тем, чтобы легкое не распускалось полностью, а оставало плееральную щель для возобновления дыханий.

Применение экз. на одной стороне и и. п. на другой является наиболее отвергаемым в смысле отбора случаев и решения вопроса, что раньше начинать при двухстороннем 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 двухстороннем поражении на стороне с более старым процессом приходится делать экз., а на стороне со свежим процессом и. п., то опыт Прозоровского санатория и П. Г. Стойко показал, что сначала лучше наложить на более свежей стороне небольшой октывывающий 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 в нашей практике, к счастью, не обошлось благополучно.

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

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

При пломбе с незакрытшейся 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 (б) потеряли трое ВК и работают с нормальной тмп.; а из 2-й—трое абацялярные и работают с устойчивым хорошим самочувствием.

Уже тот небольшой материал показывает, насколько услышны могут быть отдаленные результаты при комбинированном экзирезе.

Из осложнений, кроме вышеупомянутого спонтанного ПН, были преходящие одышки, 3 случая пневмоцелеевра, 2 случая гастрических явлений (таякость 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 поченные осложнения.

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

Двуторвонный 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 оченьредким исключением, говорят лишь о тяжелых последствиях.

Итак, все вышеприведенные цифры свидетельствуют о следующем: 1) самостоятельный экзирез 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 оно дает от 33%
до 77% абацидлярности и от 25% до 70% стойкой работоспособности; 2) при экссудативно казеозных пневмониях лучше избегать ин. п. и заменять его экзарезом; 3) дополнительный к ин. п. экз. на той же стороне особенно ценен (43% абацидлярности и 80% работоспособности); запаздывать с ним не следует, раз знойт каверна. В случаях подвешенных на спаях каверн применять его приходится только после предварительной торакоскопии, чтобы убедиться в невозможности Якобеуса; 4) случай ин. п. на одной стороне и экз. на другой, строго говоря, является самостоятельным применением экз.; и тут важно гуманное серьезное отношение к этому необратимому вмешательству, иначе оно будет авантюрой, чреватой тяжелыми последствиями.

Применением алкохолизации 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, желаемый 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 всестороннее отношение к каждому отдельному случаю, и тогда фраз. знакомство с которым должно проникнуть в широкую массу фтизиатров займет вполне заслуженное им место при лечении легочного туберкулеза.

Из клиники туберкулеза ГИДУВ 3 (Зав. проф. М. И. Мастбайм).

О комбинированной коллагенотерапии.

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 коллагену пораженного участка легких, искусственный пневмоторакс (ин. п.) большей частью не достигает своей цели. Чаще такие спаяки встречаются в верхнем легочном поле. Нередко можно наблюдать, как введенный газ поджимает здоровую нижнюю доль, оставляя несжатой пораженную верхнюю часть легкого. Особенно досадно такое состояние, когда пораженный туберкулезом участок, частично поджатый, имеет живую каверну, ее сжимаемую в результате спаечного процесса. Иногда каверна как бы висит на спаях и настойчиво требует дополнительного вмешательства. Каверна не ликидированная 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 (ин. п.).

Из предложенных методов ликвидации спаек операця Якобеуса (Ja k o b e u s) и внеплевральный пневмозиол до сих пор не получили...