

Э. Т. КАРАПЕТЯН

## ОБ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОМ ПНЕВМОЛИЗЕ В УСЛОВИЯХ ГОРНОКЛИМАТИЧЕСКОГО КУРОРТА ДИЛИЖАН

Операция экстраплеврального пневмолиза до настоящего времени является одним из распространенных и эффективных вмешательств при лечении больных с легочным туберкулезом. Работами Т. Н. Хрущовой [14], Н. Г. Стойко [11], Л. К. Богуша [5], Н. В. Антелава [3], Г. Г. Абашидзе [1], Адельбергера (Adelberger Z. [16]), Берара, Жуттена (Berard M. Juttin P. [17]) и многих др. хорошо разработана техника показания и противопоказания этой операции.

Вопрос применения экстраплеврального пневмолиза в условиях горноклиматических курортов мало изученная отрасль фтизиохирургии. Если климатолечение туберкулеза на этих курортах имеет сравнительно давнюю историю, то хирургическое лечение в этих местах — молодая отрасль фтизиохирургии. Еще недостаточно установлена целесообразность хирургического лечения больных легочным туберкулезом на этих курортах. Некоторые авторы, как Ловис (Lowys P. [18]), решительно возражают против применения больших хирургических вмешательств в высокогорных условиях.

В отечественной литературе имеются работы Г. Г. Абашидзе [1], А. А. Терликбаева [12] о применении экстраплеврального пневмолиза в условиях горноклиматических курортов Абастумани, Либани, Теберди, Каменского плато. Приводимый материал небольшой и в работах они недостаточно полно освещают течение и особенности послеоперационного периода.

Располагая данными более чем 350 операций — резекции легких, плеврэктомии, кавернотомии, перевязки бронха, торакопластики, экстраплеврального пневмолиза, пережигания плевральных сращений и др., в настоящей статье описывается течение и результаты экстраплеврального пневмолиза. Операции были произведены в условиях горно-климатического курорта Дилижан, начиная с мая 1955 года.

Под нашим наблюдением находились 97 больных, из коих 46 женщин, 51 мужчина. Больные были в возрасте 12—40 лет. Основной контингент составляли больные от 20 до 30 лет. При поступлении у больных установлены следующие формы легочного туберкулеза (табл. 1).

Из группы больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких у 58 процесс был в фазе инфильтрации, у 18 — в фазе клинического за-

Таблица 1

№ пп	Форма туберкулезного процесса легких	К-во больных
1	Хронич. фиброзно-кавернозный процесс . . . . .	76
2	Инфильтративный процесс в фазе распада . . . . .	12
3	Очаговый процесс в фазе распада . . . . .	7
4	Гематогенный диссем. процесс в фазе распада . . . . .	2
	Всего . . . . .	97

тишья. Таким образом, основной контингент (78,3%) составляли больные с фиброзно-кавернозными формами легочного туберкулеза.

Двухсторонность туберкулезного процесса была констатирована у 49 больных (50,5%), из коих у 4 имелся двухсторонний кавернозный процесс, у 10—наличие искусственного пневмоторакса в другом легком и у 35—на менее пораженном легком имелись очаговые изменения, преимущественно бронхогенного происхождения. До поступления в лечебницу 40 больных лечились искусственным пневмотораксом, но прекратили ввиду его неэффективности. У 24 больных искусственный пневмоторакс не удалось наложить из-за облитерации плевральной полости, а у 35 пневмоторакс не был наложен из-за отсутствия показаний. Из последней группы 5 больных лечились пневмоперитонеумом и 2—френикоалкоголизацией.

Основная часть больных (87) в прошлом лечилась антибактериальными препаратами, в среднем приняв 37 г стрептомицина, 46 г фтивазида и 420 г ПАСК.

Таким образом, мы имели дело с контингентом больных с разнообразными процессами, преимущественно хроническими фиброзно-кавернозными формами. До поступления в больницу все они длительно лечились как антибактериальными препаратами, так и другими средствами.

Общепризнанно, что экстраплевральный пневмолиз можно производить у больных со стабилизированным процессом (Н. Г. Стойко [11], Л. К. Богуш [5], Н. М. Амосов [2], Н. С. Пилипчук [8] и др.). К оперативному вмешательству мы прибегали после акклиматизации. Больные с затихшими процессами (26) оперировались через две недели, с процессом в фазе инфильтрации и распада (54 чел.) — в среднем через 45 дней; с распространенным процессом — в среднем через 4 месяца.

Длительное применение антибактериальных препаратов, наряду с другими консервативными методами лечения, в условиях благоприятных климатических особенностей Дилижана способствует быстрой ликвидации вспышки процесса и рассасыванию инфильтративных и очаговых изменений, после чего создается возможность применения экстраплеврального пневмолиза. Из 4 больных с двухсторонними кавернами у 2 после такого лечения наблюдалось закрытие каверны на одной стороне.

Оперативная техника, применяемая нами, в основном не отличается

от описанной Т. Н. Хрущовой, Н. Г. Стойко, Л. К. Богуш и др. Мы применяем технику, щадящую мышечный слой грудной клетки. Большая ромбовидная мышца расслаивается по ходу волокон, а не рассекается, как предлагают вышеназванные авторы. Операции производились под местным инфильтрационным обезболиванием 0,25% раствором новокаина (9 больных оперировались под интубационным эфир-кислородным наркозом). При 94 случаях доступ был параскапулярный, в 2 — подмышечный. Параскапулярный доступ с резекцией отрезка IV ребра наиболее приемлем при этой операции. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде демонстрирует табл. 2.

Таблица 2

№ пп	Осложн. во время операции	Число ослож.	% случаев	Послеоперационные осложнения	Число ослож.	% случаев
1	Разрыв прист. плевры .	15	15,4	Послеоперационное кровотечение . . . . .	18	18,5
2	Перфорация каверны .	2	2,05	Нагноение полости . . . . .	3	3,09
			2,05	Расправление легкого . . . . .	2	2,05
3	Перфорация легкого . .	2	1,075	Эмболия сосудов головн. мозга . . . . .	1	1,025
4	Выраженное кровотечение . . . . .	1		Пневмония . . . . .	1	1,025
				Обострение туб. процесса	1	1,025
	Всего . . . . .	20	20,52	Всего . . . . .	26	26,7

Большинство осложнений было ликвидировано, и исход был положительный. Лишь один больной умер от двусторонней пневмонии на 20-й день после операции. Из послеоперационных осложнений особо следует остановиться на так называемых поздних послеоперационных кровотечениях. Данное осложнение Т. Н. Хрущова [14] наблюдала у 13% больных. Г. Г. Абашидзе [1] — у 6%, Э. П. Брикманис [6] — у 20%, Г. В. Хитрина [13] — у 13,5%, Е. П. Сабуренкова [9] — у 27,5% больных и др. Мнения клиницистов о причине возникновения данного осложнения расходятся. Т. Н. Хрущова придает большое значение характеру туберкулезного процесса. По мнению автора осложнение часто встречается у больных с гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких. Г. В. Хитрина [13], Е. П. Сабуренкова [9] в основном присоединяются к этой точке зрения. Н. Г. Стойко [11] данное осложнение связывает с самоотсложкой легкого после операции у больных со свежим инфильтративным процессом. Придается также значение недостатку витамина «С» (В. Я. Чекин [15]), нарушению тонуса вегетативной нервной системы, в частности раздражению блуждающего нерва и др. Анализ литературных данных показывает, что процент данного осложнения увеличивается особенно за последние годы, то есть в период применения антибактериальных препаратов. Послеоперационные кровотечения мы наблюдали у 18 (18,5%) больных. Обращая внимание на характер антибактериального лечения в дооперационном периоде, мы видим, что 13 из 18 больных в этом периоде принимали фтивазид и ПАСК.

При несвертывании экстравазата применялось лечение пункциями (7 больных), а при его свертывании (11 больных) производилась повторная торакотомия и удалялась свернувшаяся кровь. Осложнения, связанного с повторной торакотомией, не наблюдалось.

Из других осложнений нагноение экстраплевральной полости наблюдалось у 3 (3,09%) больных. Лечение пункцией с промыванием полости ликвидировано осложнение, и у этих больных удалось осуществить эффективный пневмоторакс. Трактующее осложнение в условиях Дилижана наблюдается в меньшем проценте по сравнению с литературными данными. Г. Г. Абашидзе нагноение наблюдал у 9,2% больных, Берер и Жуттен — у 6,2% больных и др.

Послеоперационные экстравазаты в условиях Дилижана рассасываются в основном в течение 20—25 дней (по данным Е. П. Сабуренковой в условиях Ленинграда это происходит в конце первого и в начале второго месяца).

Рассматривая частоту осложнений по разным сезонам года, мы видим, что наибольшее количество осложнений падает на летние месяцы. Следовательно, в это время года больных надо оперировать по абсолютным показаниям.

Функциональная адаптация больных после операции в Дилижане не удлиняется. Больные обычно начинают ходить на 2—3-й день после операции, чему способствуют климатические особенности Дилижана, благоприятно действующие на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, о чем свидетельствуют данные электрокардиографических исследований (Л. П. Стамболцян [10]).

В послеоперационном периоде больные обычно получали стрептомицин, а через 10—12 дней добавлялся фтивазид или ПАСК. Основная часть больных принимала в послеоперационном периоде 2 или 3 препарата. В среднем они принимали 30 г стрептомицина, 50 г фтивазида и 250 г ПАСКа. Послеоперационный период составлял от 20 до 90 и более дней, в среднем 80 дней. Мы считаем, что для получения полного эффекта необходимо применять антибактериальные препараты не менее 2—3 мес. после операции в условиях стационара.

Ближайшие результаты после операции таковы: 86 больных (88,6%) выписалось с полным клиническим эффектом, у 3 (3,09%) наступило улучшение при наличии неподжатой каверны и бацилл в мокроте, у 6 (6,18%) состояние осталось без изменений, у одной больной (1,03%) наступило ухудшение из-за обострения туберкулезного процесса и одна больная (1,03%) умер. Г. Г. Абашидзе [1] наблюдал эффект у 87% больных, В. С. Баженов [4] — у 81%, Н. Дроти и П. Д. Лебедева [7] — у 74%, Н. М. Амосов [2] — у 82,6% больных.

Отдаленные наблюдения за больными (от 6 мес. до 6 лет) показывают следующее: у 81 (83,4%) больных сохранялся полный клинический эффект. Из числа этих больных у 28 пневмоторакс распущен и они здоровы, 53 продолжают эффективный пневмоторакс, о 5 больных

нет сведений, у 8 больных наступило ухудшение состояния, двое умерли через 1—2 года от прогрессирования туберкулезного процесса.

Резюмируя все вышесказанное, можно сделать следующие выводы:

1. Экстраплевральный пневмолиз остается одним из эффективных хирургических вмешательств, направленных на ликвидацию деструктивных форм легочного туберкулеза.

2. Экстраплевральный пневмолиз в условиях горноклиматических курортов, в частности курорта Дилижана, дает высокую эффективность и меньший процент осложнений и заслуживает широкого применения.

Дилижанский противотуберкулезный  
диспансер

Поступило 10.XI 1961 г.

Է. թ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԷՔՍՏՐԱՊԼԵՎՐԱԼ ՊՆԵՎՄՈԼԻԶԻ ՄԱՍԻՆ ԼԵՌՆԱԿԼԻՄԱՏԻԿ ԿՈՒՐՈՐՏ ԴԻԼԻՋԱՆԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

էքստրապլևրալ պնևմոլիզը մինչև այժմ մնում է թոքերի տուբերկոլոզի բուժման ժամանակ կիրառվող վիրահատումներից ամենատարածվածը և էֆեկտիվը: Չնայած դրան, գրականության մեջ կան փոքրաթիվ տվյալներ այդ վիրահատման կիրառման մասին լեռնակլիմատիկ կուրորտի պայմաններում: Մեր հսկողության տակ եղել են 97 հիվանդներ, որոնք ենթարկվել են էքստրապլևրալ պնևմոլիզի լեռնակլիմատիկ կուրորտ Դիլիջանի պայմաններում: Նրշված հիվանդներից 76-ը տառապում էին խրոնիկական ֆիբրոկավերնոզ պրոցեսով, մնացած 21-ը՝ թոքերի տուբերկոլոզի այլ ձևերով:

Մեր կլինիկական դիտողությունները խոսում են այն մասին, որ հետօպերացիոն շրջանը Դիլիջանի պայմաններում ընթանում է հարթ, բարդություններ նկատվում են ավելի փոքր քանակով: էքստրապլևրալ խոռոչի կազմակերպումը Դիլիջանի պայմաններում ընթանում է կարճ ժամանակամիջոցում, հետօպերացիոն էքստրավազատները ներծծվում են արագ: Հետօպերացիոն մոտակա շրջանում կլինիկական էֆեկտ նկատվել է 86 (88,6%) հիվանդների մոտ, երեքի մոտ նկատվել է լավացում, վեցի մոտ դրությունը մնացել է անփոփոխ, մեկի մոտ նկատվել է պրոցեսի սրացում և մեկ հիվանդ մահացել է հետօպերացիոն շրջանում:

էքստրապլևրալ պնևմոլիզից ստացված արդյունքները Դիլիջանի պայմաններում հիմք են տալիս ասելու, որ այդ վիրահատումը կարող է լայնորեն կիրառվել մեր Միության մյուս լեռնակլիմատիկ կուրորտներում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абашидзе Г. Г. Расширенный экстраплевральный пневмоторакс. Тбилиси, 1960.
2. Амосов Н. М. Очерки торакальной хирургии. Киев, 1958.
3. Антелава Н. В. Хирургия органов грудной полости. Тбилиси, 1952.
4. Баженов В. С. Экстраплевральный пневмолиз по расширенным показаниям. Проблемы туберкулеза, 1959, 4, 108.

5. Богуш Л. К. Хирургическое лечение туберкулеза легких. В кн. Туберкулез. М., 1952.
6. Брикманис Э. П. Кровотечение после пневмолизом и борьба с ними. Вопросы ТБК, 1957, т. 11, 108.
7. Дроти Н., Лебедева П. Д. Экстраплевральный пневмоторакс при туберкулезе легких. Пробл. ТБК, 1954, 2, 40.
8. Пилипчук Н. С. Коллапсхирургия туберкулеза легких. Киев, 1960.
9. Сабуренкова Е. П. Гемоторакс после операции экстраплеврального пневмолиза. Проблемы ТБК 1958, 6, 59.
10. Стамболцян Л. П. Об изменениях сердечно-сосудистой системы при туберкулезе и их динамике при лечении на горноклиматическом курорте Дилижан. Диссертация, Ереван, 1958.
11. Стойко Н. Г. Хирургическое лечение легочного туберкулеза. М. 1949.
12. Терликбаев А. А. Опыт комплексного хирургического лечения легочного туберкулеза, в горноклиматической санатории — «Каменское плато». Труды института кл. и эксп. хирургии АН Казахской ССР, 1959, 5, 63.
13. Хитрина Г. В. Послеоперационные кровотечения при операции экстраплеврального пневмолиза. Проблемы туберк. 1958, 4, 63.
14. Хрущова Т. Н. Экстраплевральный пневмоторакс и олеоторакс. М. 1952.
15. Чекин В. Я. Некоторые итоги операции экстраплеврального пневмоторакса. Проблемы туберкулеза. 1956, 1, 30.
16. Adelberger Z. Роль коллапсотерапии и резекции в лечении туберкулеза легких (Z. Tuberk. 1958), реф. Совр. пробл. 1959, 3, 57.
17. Berger M. и Juttin P. Место экстраплеврального пневмоторакса в современном хирургическом лечении туберкулеза легких. (Sem. hop. 1954. Paris). Реф. Совр. пробл. ТБК 1955, 1, 42.
18. Lowys P. Борьба с туберкулезом и значение санаторного лечения. (Rev. Tuberk 1957). Реф. Совр. пробл. ТБК. 1958, 1, 93.