

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОПОРОЖНИВШЕГОСЯ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОГО ОЛЕОТОРАКСА

Коротков П.Б., Левакова А.В., Смирнова О.П., Табуева И.Ю.

ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург, Россия

Рассмотрен клинический случай опорожнившегoся экстраплеврального олеоторакса. Представлены данные лабораторных и рентгеновских исследований, хирургическая тактика.

*Ключевые слова:* экстраплевральный олеоторакс, экстраплевральный пневмолиз, туберкулез, компьютерная томография, бронхиальный свищ.

## CLINICAL OBSERVATION OF EMPTY EXTRAPLEURAL OLEOTHORAX

Korotkov P.B., Levakova A.V., Smirnova O.P., Tabueva I.Y.

Reviewed the clinical case of empty extrapleural oleothorax. The data of laboratory study, computed tomography and surgical tactics are given.

*Keywords:* extrapleural oleothorax, extrapleural pneumolysis, tuberculosis, computed tomography, bronchial fistula.

### Введение

Олеоторакс – это метод терапии туберкулеза легких, от которого в значительной степени отказались в 1950-х годах. Его целью было вызвать механический коллапс легкого [1].

Оперативное вмешательство, заключающееся в отделении париетальной плевры от внутригрудной фасции и создании экстраплевральной полости, называется экстраплевральным пневмолизом. Операция экстраплеврального пневмолиза впервые была произведена в 1891 году французским хирургом Тюффье, который произвел отслоение верхушки легкого у больного с наличием каверны. Образовавшуюся полость он пытался поддерживать вдуванием азота. Убедившись в невозможности длитель-

ного коллапса легкого, он решил заполнить полость жировой plombой. Опыт не удался, пломба не прижилась. В 1913 году Бер предложил парафин. С течением времени выяснилось, что и этот материал не подходит для экстраплеврального пневмолиза, вызывая пролежни и нагноение полости. Ряд авторов предлагал другие материалы для пломбирования экстраплевральной полости: активированную бычью сыворотку, вивакол (Брауэр), кусочки резцированных ребер, целлулоидные шарики от пинг-понга (М.Е. Ладыженский), мочевого пузыря свиньи (А.Н. Розанов), метакрилатовые шарики (И.С. Колесников) и т.д. Опыт показал, что все эти вещества вызывают ряд осложнений, и от пломбировки экстраплевральной по-

лости отказались. В дальнейшем, для сохранения полости применяли воздух с последующим заполнением маслом [2].

Выделяли три вида олеоторакса с применением специальных масел — дезинфицирующий, антисимфизарный и компрессионный. Это разделение подходило как к интраплевральному, так и экстраплевральному олеотораксу. При нагноении в экстраплевральной полости с дезинфицирующей целью употреблялось гоменолоновое масло, обладающее бактерицидными свойствами. Для антисимфизарного и компрессионного олеотораксов вначале применялись тяжелые масла: 20% иодипиноп, бромистое масло и смесь из 2,5% гоменолола и 10% липиодола. По мере накопления опыта было установлено, что тяжелые масла оказывают значительное токсическое и раздражающее действие, на смену которым пришлось вазелиновое масло, менее токсичное [3].

Для олеоторакса применяли стерилизованное очищенное вазелиновое масло, которое после стерилизации в автоклаве кипятили на водяной бане. Общее количество вводимого в экстраплевральную полость масла не превышало 400-500 мл. Во второе или третье межреберье по средней аксиллярной линии вводили шприцем 30-50 мл масла и выжидали 2-3 дня для проверки реакции на введенный материал. Если больной чувствовал себя хорошо, вводили по 40-50 мл масла каждые 5-6 дней до необходимого объема, обязательно извлекая образовавшийся экссудат и воздух.

Продолжительность олеоторакса зависела от характера процесса, по поводу которого он применялся. Как правило, срок не превышал 5 лет. Затем, масло по 50 мл постепенно 2 раза в год извлекалось, чтобы не создавать большого разряжения и не вызывать образования экссудата. В ряде случаев пациенты в дальнейшем переставали наблюдаться у фтизиатров, и олеоторакс оставался у них на долгие годы [2].

### Клинический случай

В настоящей статье представлен клинический случай экстраплеврального олеоторакса, опорожнившегося через 60 лет после наложения.

Больная А., 1933 года рождения, поступила во фтизиатрическое отделение ГБУЗ Свердловской области (в дальнейшем — ГБУЗ СО) «Противотуберкулезный диспансер» 13 марта

2014 г. с жалобами на озноб и кашель с выделением маслянистой мокроты неприятного запаха, желтого цвета.

Из анамнеза было установлено, что пациентке в 1953 году была проведена операция экстраплеврального олеоторакса по поводу туберкулеза верхней доли правого легкого. Через 3 года лечения снята с фтизиатрического учета в связи с переездом в другой город. На прием фтизиатра по месту нового проживания не явилась. В течение последующих 60 лет пациентку ничего не беспокоило. В июле 2013 года появился кашель со зловонной мокротой. Обратилась за помощью к пульмонологу ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», при дообследовании был диагностирован бронхиальный свищ, через который дренировался олеоторакс.

Пациентка была госпитализирована во фтизиатрическое отделение для исключения рецидива туберкулеза легких и проведения профилактической противотуберкулезной терапии.

При общем осмотре: дыхание в легких бронхо-везикулярное, влажные крупнопузырчатые хрипы справа. Частота дыхания — 18 в минуту. Данные общего и биохимического анализа крови — в пределах нормы. В мокроте и промывных водах бронхов кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены. Жизненная емкость легких резко снижена — 48%. Был выявлен активный рост *Candida albicans* в двух последовательных посевах мокроты на неспецифическую флору.

На фоне повышенного артериального давления у пациентки развилось кровохарканье. На легочно-хирургической консультации было принято решение о том, что развернутое хирургическое лечение в данном случае не представляется возможным ввиду преклонного возраста пациентки и сопутствующей патологии; необходимо проведение гипотензивной и гемостатической терапии.

Компьютерная томография (КТ) от 06.12.2013 г.: в правом гемитораксе на уровне с 1-го по 7 ребро отмечается полостное толстостенное образование с массивными обызвествлениями стенок, наличием в полости неоднородного содержимого, состоящего из газа, горизонтального уровня жидкости жировой плотности, под которой располагается неоднородный, с включениями жира и солей кальция, слой ткани, средней плотностью около 0 единиц Хаунсфилда (смесь масла, серозной жид-

кости и клеточного компонента), в верхних отделах полости определяется шаровидное, связанное со стенкой мягкотканное образование, диаметром около 23 мм, вероятно – грибковое тело; полость дренируется бронхами средней доли. Верхняя доля уменьшена в объеме, визуализируется фиброателектаз средней доли.

КТ от 08.05.2014: отмечается исчезновение жидкостного и мягкотканного содержимого в описанном ранее полостном образовании, появились игольчатые кальцинаты, свободно лежащие в нижней части полости (отслоились от утолщенной стенки). Был выставлен следующий диагноз: основное заболевание – остаточные изменения перенесенного туберкулеза легких в виде цирроза средней доли и опорожненного экстраплеврального олеоторакса справа. Сопутствующие заболевания – артериальная гипертензия, степень 3, риск 4.

За время лечения пациентке проводилось: гипотензивная, гемостатическая, антибактериальная (специфическая и неспецифическая), противогрибковая терапия, а также лечебные бронхоскопии и инстилляциии с антибактериальными препаратами.



Рис. 1. КТ грудной полости, сагиттальная плоскость. Олеоторакс. 1. Газ. 2. Слой жировой плотности. 3. Смесь масла, серозной жидкости и клеточного компонента, обызвествлений. 4. Грибковое тело.

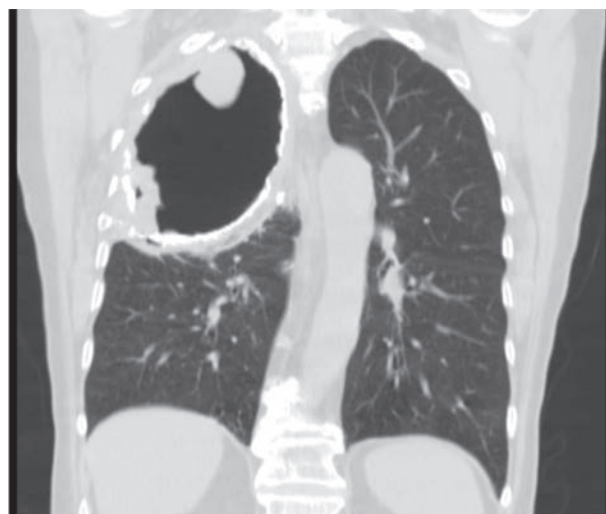


Рис. 2. КТ грудной полости, коронарная плоскость. Олеоторакс.



Рис. 3. КТ грудной полости, аксиальная плоскость. Соустье между олеотораксом и бронхом S4.

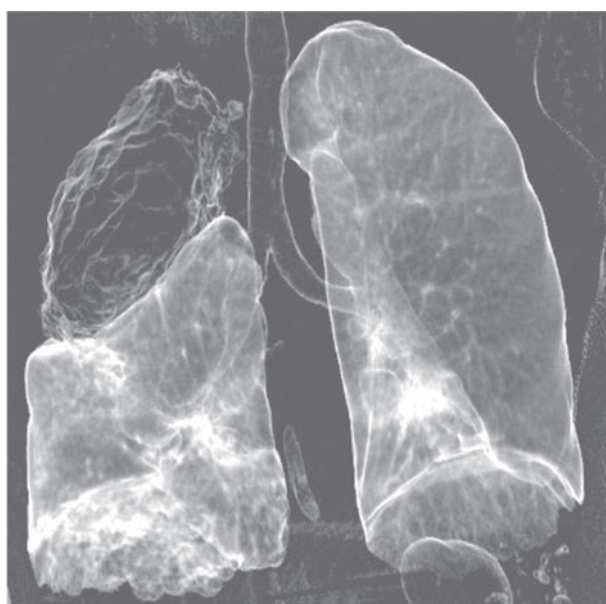


Рис. 4. КТ грудной полости, 3D-реконструкция легких. Справа визуализируется олеоторакс, вызывающий уменьшение объема легкого.

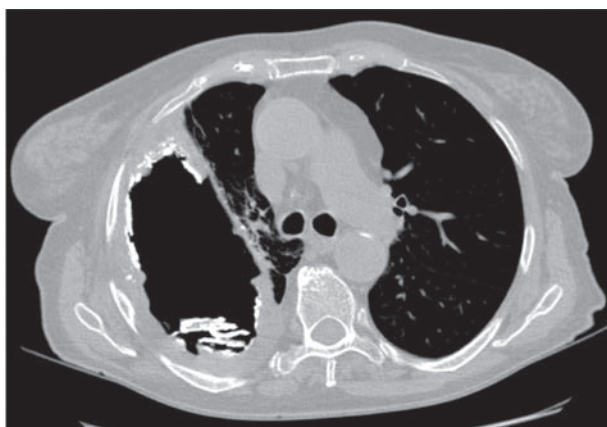


Рис. 5. КТ грудной полости, аксиальная плоскость - олеоторакс после дренирования. Видны отслоившиеся от стенок игольчатые обызвествления, свободно лежащие в олеотораксе.

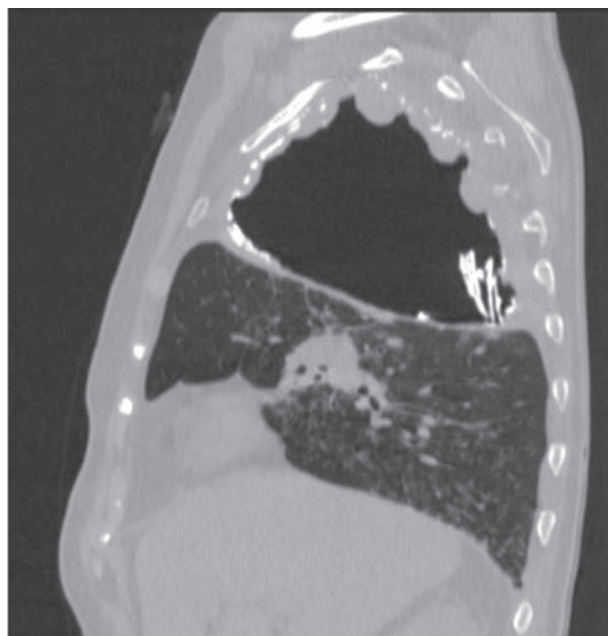


Рис. 6. КТ грудной полости, сагиттальная плоскость - олеоторакс после дренирования. Видны отслоившиеся от стенок игольчатые обызвествления, свободно лежащие в олеотораксе.

Остаточная полость дренировалась самостоятельно через бронхиальный свищ, повтор-

### Литература:

1. L. Hutton. Oleothorax: expanding pleural lesion. *AJR Am J Roentgenol.* 1984 Jun;142(6):1107-10.
2. Левин Г.С., Оперативное лечение больших туберкулезом легких. Минск, 1959; 17-78; 80-82.

ное инфицирование ее за время пребывания в стационаре не произошло, хирургическое вмешательство не потребовалось. На момент выписки из стационара пациентка чувствовала себя удовлетворительно, рекомендовано дальнейшее наблюдение у пульмонолога по месту жительства.

При неблагоприятном течении процесса в подобном случае, без признаков активности туберкулезного процесса (без присоединения вторичной (нетуберкулезной) инфекции и образования экстраплевральной эмпиемы), наиболее целесообразно проведение торакотомии, санации и дренирования полости олеоторакса. При активном туберкулезе легких, образовании позднего бронхиального свища и экстраплевральной эмпиемы, более рационально проведение пульмонэктомии.

### Выводы

Несмотря на «древность» олеоторакса как метода лечения туберкулеза легких, подобные пациенты встречаются в повседневной практике врачей-терапевтов, рентгенологов, фтизиатров. КТ-картина довольно специфична и, как правило, не требует дифференциальной диагностики. Сложность с хирургической точки зрения представляют плевральные и бронхиальные свищи, которые формируются при инфицировании олеоторакса, и эту проблему разрешить удается далеко не всегда – возраст и сопутствующая соматическая патология отрицательно влияют на хирургическую активность. При невозможности выполнить хирургическое вмешательство применяется консервативная терапия, направленная на подавление роста микроорганизмов в олеотораксе, коррекцию гемостаза, при наличии бронхиального свища используют санационные бронхоскопии.

3. Хрущева Т.Н. Экстраплевральный пневмоторакс и олеоторакс. Москва, 1952; 74-75.

4. V Всесоюзный съезд фтизиатров. Методика коллапотерапии при туберкулезе легких. Москва, 1948.

Информация об авторах:

ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер» (ГБУЗ СО ПТД)  
 Коротков Павел Борисович – врач-рентгенолог рентгено-диагностического отделения № 2  
 Левакова Альбина Владимировна – врач-фтизиатр терапевтического отделения № 1 ГБУЗ СО ПТД, аспирант Уральского НИИ фтизиопульмонологии  
 Смирнова Ольга Петровна – врач-фтизиатр, заведующая терапевтическим отделением № 1 ГБУЗ СО ПТД  
 Табуева Ирина Юрьевна – врач-фтизиатр терапевтического отделения № 1 ГБУЗ СО ПТД.