

Заживление раны при этом выгодно отличается от такового при оставлении ее открытой: резко сокращаются сроки расправления легкого, уменьшается количество сращений в плевральной полости, происходит почти полная регенерация «краевых» альвеол, предотвращается развитие склеротических изменений в паренхиме легкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М. Очерки торакальной хирургии. Медгиз, 1958.—2. Гаджиев С. А. и соавт. Хирургия, 1967, 9.—3. Герасимова А. В. Вопр. грудн. хир., Медгиз, М., 1955, 5.—4. Колесников С. А., Быкова В. А. Современные проблемы хирургии легких. Медицина, М., 1966.—5. Колесников И. С., Путов Н. В., Ермолаев В. Р. Хирургия, 1963, 2.—6. Колесов А. П., Бойков Г. А., Гриднев А. В. Хирургия, 1966, 11.—7. Колесов А. П., Ясный Я. Л. Грудная хирургия, 1960, 2.—8. Колесов А. П. и соавт. Хирургия, 1963, 2.—9. Куприянов П. А. Гнойные заболевания легких и плевры. Медгиз, Л., 1955.—10. Махов Н. И. и соавт. Хирургия, 1966, 6.—11. Морозов Н. Н. Хирургия, 1964, 10.—12. Муромский Ю. А. Бронхиальные свищи после резекций легких. Медгиз, М., 1963.—13. Руденко И. И. Вопр. грудн. хир., Медгиз, М., 1955, т. 5.—14. Collis J. Thorax., 1953, 8, 323.—15. Ettinger A., Bernstein C., Woods F. Radiology, 1952, 59, 668.—16. Helm W., Thompson V. The Quart. J. Med., 1958, 27, 353.—17. Lindskog G. E., Hubbell. Surg. Gynec. Obstet., 1955, 100, 6, 643.—18. Overholt R. H., Walker J., Etsen D. E. Dis. Chest., 1954, XXVI, 2, 123.—19. Rienzo S. Fortschr. Röntgenstr., 182.—20. Wallace E., Pillman R. Thorax., 1956, 11, 149.

УДК 616.24—616—089—616.233—002

ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

А. М. Голованов и М. К. Набиуллина

Клиника факультетской хирургии (зав.—проф. Г. Л. Ратнер), кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Е. Л. Кевеш) Куйбышевского медицинского института

Несмотря на успехи легочной хирургии, еще велико количество отказов от операций в связи с распространенностью патологического процесса в легких и низкими показателями функции внешнего дыхания [4, 6]. По данным некоторых авторов, полное выздоровление после радикальной операции наступает у 70—80% больных [9, 12, 16, 17]. Остальные больные после операции продолжают предъявлять различные жалобы, чаще всего на кашель с выделением мокроты, периодическое повышение температуры.

Наблюдая больных с хроническими заболеваниями легких, находившихся на лечении в клинике с 1960 по 1967 г., и изучив у 688 из них бронхограммы, мы пришли к заключению, что во многих случаях причиной неполного выздоровления после операции является сопутствующий хронический бронхит, степень выраженности которого определяет характер жалоб и клинические проявления заболевания.

Обычно больных с хроническим бронхитом, протекающим с эмфиземой, диффузным пневмосклерозом и легочным сердцем, курируют терапевты. При подозрении на легочное нагноение больных направляют к хирургу. В таких случаях действительно трудно без дополнительных исследований установить, что у больного: хронический ли бронхит, или нагноительный процесс в легких, или их сочетание. Наличие у части больных с хроническим бронхитом кашля с мокротой, кровохарканья, а иногда и легочного кровотечения, одышки при физической нагрузке или в покое, влажных хрипов в легких, большая длительность заболевания, двухфазность процесса (ремиссия и обострение) дают право заподозрить у таких больных хронический нагноительный процесс в легких. К такому заключению приводит и то, что часто при бронхоэктатической болезни обычное рентгенологическое исследование, включая снимки, дает мало материала для установления природы и локализации процесса [8]. Нет характерных отличий при рутинных рентгенологических методах и для хронического бронхита, протекающего с клиникой легочного нагноения или без него. Одни и те же рентгенологические признаки могут наблюдаться как при хроническом бронхите, так и при бронхоэктатической болезни. Нужно отметить, что число таких больных велико. Произведенная у 688 больных с клинической картиной нагноительного процесса в легких бронхография выявила у 86 из них лишь хронический бронхит. В связи с этим трудно недооценить значение бронхографии в дифференциальной диагностике. Бронхографический метод позволяет иногда получить представление и о функциональном состоянии бронхиального дерева.

К характерным признакам хронического бронхита, выявляемым при бронхогра-

фии, относят дивертикулообразные выпячивания стенок крупных бронхов, локальные расширения проксимальных бронхов, расширение бронхиол («периферические прудки»), изменение направления хода бронхов, незаполнение контрастным веществом периферических бронхов [1, 3, 19, 20, 22—27]. Все они в различном сочетании были обнаружены нами у указанных выше 86 больных, что позволило отвергнуть диагноз бронхоэктатической болезни, с которым эти больные были направлены в клинику.

Признаки хронического бронхита на бронхограммах мы находили и у больных с нагноительными процессами и раком легкого. Конечно, трудно судить, является ли в этих случаях хронический бронхит первичным, на фоне которого возникло другое заболевание, или вторичным. Не дает пока ответа и патогистологическое изучение удаленных при операции частей легкого [7, 15].

До последнего времени снижение у больных с нагноительными процессами легких функции внешнего дыхания чаще всего связывали с уменьшением площади функционирующей легочной паренхимы, нарушением дренажной способности бронхов, наличием бронхоспазма. При обследовании больных мы обратили внимание, что в некоторых случаях при небольших или умеренных по распространенности поражениях имелись существенные нарушения функции внешнего дыхания, хотя больные находились в фазе ремиссии нагноительного процесса в легких и выделяли небольшое количество гнойной мокроты. Такое несоответствие показывает, что у этих больных на первый план выступают явления хронического бронхита, а не нагноительного процесса в легких. У больных с хроническими абсцессами легких выраженность клинических и рентгенологических признаков хронического бронхита может быть довлеющей.

Не менее типичную картину хронического бронхита мы находили у больных раком легкого. Значительное снижение показателей внешнего дыхания при минимальных размерах поражения легочной паренхимы у больных с периферической формой рака легкого и развитие сегментарных или субсегментарных ателектазов при центральной форме рака следует объяснить наличием у этих больных хронического бронхита. Да и большая часть клинических проявлений у таких больных чаще связана с обострением хронического бронхита.

В некоторых случаях показатели внешнего дыхания у больных с нагноительными процессами и раком легкого настолько низкие, что произвести у них бронхографию или бронхоскопию не представляется возможным. Применение у них эфедрино-кислородной терапии, ингаляции преднизолона и гипероксигенобаротерапии значительно улучшает функцию дыхания и дает возможность провести необходимые исследования. Учтя положительный опыт такой подготовки, мы нашли необходимым проводить функциональную диагностику хронического бронхита у всех больных, поступающих в клинику с заболеваниями легких. С этой целью мы используем пробы с вдыханием аэрозолей адреналина (раствор 1:1000) и ацетилхолина (0,1% раствор). Запись скорости и объема форсированного выдоха на аппарате типа «ЕФграф» позволяет судить о выраженности явлений хронического бронхита. На ценность этих тестов указывают Л. И. Голосова (1961), А. О. Новакатикиан (1961), Д. В. Бейте (1963), которые проводили их у больных с хроническим бронхитом и диффузным пневмосклерозом. Таким образом, полученные нами данные функционального и бронхографического исследований у больных с заболеваниями легких способствуют выявлению не только анатомических, но и функциональных изменений бронхиального дерева. Сопоставление же данных этих методов исследования с клиническими позволяет нам по-новому подойти к показаниям к операции у больных с нагноительными процессами легких, выбору метода предоперационной подготовки, объему резекции легкого, послеоперационному ведению больных и оценке отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтыпармаков А. Бронхоскопия и бронхография. Медгиз, М., 1961.—
2. Борохов А. И. Клиника хронического неспецифического воспалительно-склеротического процесса в легких. Смоленск, 1962.—3. Воль-Эпштейн Г. Л., Левенсон О. С. Груд. хир., 1966, 2.—4. Гавалов С. М. Хронические неспецифические пневмонии у детей. Медицина, М., 1968.—5. Голосова Л. И. Клини. мед., 1961, 12.—6. Григорян А. В., Лохвицкий С. В., Гостищев В. К., Тагинский Л. С. Материалы к III Всеросс. съезду хир., Горький, 1967.—7. Есипова И. К. Арх. пат., 1964, 6.—8. Кевеш Е. Л. Тр. XXVI Всесоюз. съезда хир., М., 1956.—9. Колесникова Р. С. Тр. груд. хир. АМН СССР. Вып. 3, 1961.—10. Колесов А. П., Голузаков В. А., Бойлов Г. А., Гриднев А. В. Материалы к III Всеросс. съезду хир., Горький, 1967.—11. Королев Б. К., Морозова А. П., Шмерельсон Б. М. Вopr. анест. и груд. хир., Горький, 1962.—12. Кукош В. И. Материалы к III Всеросс. съезду хир., Горький, 1967.—13. Никулин К. Г. Клини. мед., 1966, 12.—14. Новакатикиан А. О. Клини. мед., 1961, 12.—15. Рыжков Е. В. Дизонтогенетические и приобретенные хронические неспецифические заболевания легких. М., 1968.—16. Сардыков В. А. Вестн. хир., 1961, 1.—17. Скрипниченко Д. Ф. Некоторые вопросы хирургии легких. Киев, 1962.—18. Стручков В. И. Вopr. груд. хир., М., 1961.—19. Феофилов Г. Л. Клини. мед., 1961, 12.—20. Шаров Б. К. Аспирационная бронхография в диагностике заболеваний легких. Автореф. канд. дисс.,

М., 1961.—21. Бейте Д. В. В кн.: Современное состояние учения о хроническом бронхите. Медгиз, М., 1963.—22. Рейд Л. Там же.—23. Саймон Дж. Там же.—24. Freimanis A. K., Molnar W. Radiology, 1960, 74.—25. Oliva V., Spradley C., Williams S. Am. J. Roentgenol., 1960, 83.—26. Di Rienzo S., Weber H. H. Radiologische Exploration des Bronchus. Stuttgart, 1960.—27. Sturtevant H., Kundson H. Am. J. Roentgenol., 1960, 83.

УДК 616.24.42—002.5

О НЕКОТОРЫХ МАСКИРОВАННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Доц. Б. Н. Присс и Н. И. Сереброва

Кафедра туберкулеза (зав.—проф. Е. И. Щуцкая) Новосибирского медицинского института и Новосибирский НИИ туберкулеза

Отечественные авторы уделяют значительное внимание «маскам» туберкулеза, что связано с трудностями их диагностики [2, 3, 4, 5, 7]. Маскированные формы туберкулеза представляют собой локально ограниченные процессы, протекающие с синдромами, характерными для нетуберкулезных заболеваний. Чаще всего эти формы наблюдаются при первичном туберкулезе, особенно при его хроническом течении. Хронический первичный туберкулез, впервые описанный В. Т. Швайцар, является своеобразной формой бронхоаденита и характеризуется наличием участков обызвествления и значительными казеозными изменениями в пораженных лимфатических узлах, которые служат источником длительной интоксикации и сенсибилизации организма больного.

В патогенезе «масок» туберкулеза, как показали исследования А. И. Струкова, значительная роль принадлежит гиперергическим реакциям, обуславливающим возникновение параспецифических морфологических изменений. Эти изменения распределяются в организме больного неравномерно. В зависимости от их преобладания в том или ином органе или системе развиваются различные синдромы, что и определяет многообразие «масок» туберкулеза.

В последние годы мы отметили некоторое своеобразие течения маскированных форм хронического первичного туберкулеза. Под нашим наблюдением в 1962—1967 гг. было 34 подобных больных (5 мужчин и 29 женщин). В возрасте от 18 до 30 лет было 22, старше — 12 чел. «Маски» туберкулеза у них проявлялись следующими синдромами: ревматическим — у 16, нейро-эндокринным — у 10, бронхиальной астмой — у 4 и прочими (нарушения кроветворения, стенокардия и др.) — у 4.

К ревматической «маске» туберкулеза отнесены заболевания, при которых было не менее двух синдромов, характерных для ревматизма. У 16 больных с этой «маской» туберкулеза были выявлены: аллергический полиартрит — у 9 чел., миокардит — у 8, серозиты — у 6 (плевриты — у 4 и перикардит — у 2), радикулиты — у 4 и нефрит — у 1. Эти синдромы у большинства больных развивались последовательно, сменяя друг друга. Клиническое их течение не имело каких-либо специфических признаков, указывающих на туберкулезное происхождение заболевания. Поэтому больные (особенно те, у которых был миокардит с последующим полиартритом) длительно находились под наблюдением терапевтов с диагнозом ревматизма. Кратковременный положительный эффект от проводимого лечения салицилатами в подобных случаях воспринимался как подтверждение правильности установленного диагноза ревматизма, без учета возможности улучшения самочувствия больных туберкулезом в результате десенсибилизирующего воздействия салицилатов. Ни у одного больного этой группы не было поражения эндокарда и клапанов сердца. Вместе с тем противорецидивное лечение «ревматизма» не предупреждало развития ежегодных обострений. Это служило причиной для пересмотра установленного диагноза ревматизма и направления больных на консультацию к фтизиатру.

Иллюстрацией ревматической «маски» хронического первичного туберкулеза служит следующее наблюдение.

1. А., 25 лет. В 15-летнем возрасте у нее появились боли в голеностопных и коленных суставах, одышка, сердцебиение. Был диагностирован ревматизм (ревмокардит и полиартрит). Лечение салицилатами дало положительный эффект. В дальнейшем систематически проводилось противорецидивное лечение, однако ежегодно наблюдались обострения полиартрита с появлением узловой эритемы. Осенью 1965 г. при очередном обострении развился шейный лимфаденит.

6/1 1966 г. А. поступила в клинику туберкулеза. Температура субфебрильная. Справа на шее конгломерат крупных плотных безболезненных лимфатических узлов. Голеностопные и мелкие суставы кистей припухшие, болезненные при движении. Тоны сердца приглушены, шумов нет. АД — 90/65. На ЭКГ — признаки замедления внутрижелудочковой проводимости, синусовая аритмия. Дыхание везикулярное. Бронхоскопия