

билизации процесса и абациллирования больных. Однако и в этих наблюдениях речь идет только о санации каверн, а не об их закрытии и рубцевании. Только в одном случае нами констатировано клиническое излечение лобарной казеозной пневмонии с переводом больной в III группу учета, при этом закрытие полости распада наступило вследствие ее заполнения. В остальных случаях больные обычно длительно состоят на учете в IA группе.

В настоящее время отмечается рост удельного веса лобарной казеозной пневмонии. Она имеет клинико-рентгенологические особенности, значительно отличающие ее от других вариантов. Кроме того, существуют различия в тактике лечения и исходах болезни. Знание этих особенностей позволит фтизиатрам проводить более успешную диагностику и лечение таких больных.

УДК 616.711—002.5—0.53.9—089.8

## ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

*В. Н. Лавров, К. М. Зиятдинов, Ф. Б. Галиуллин*

*Российский НИИ фтизиопульмонологии (директор — проф. А.А. Приймак)  
Минздравмедпрома России, Казанская городская туберкулезная больница  
(главрач — Ф.М. Валитов)*

Туберкулезный спондилит является наиболее частой локализацией костно-суставного туберкулеза, а в последнее время в связи с ухудшением социально-экономических условий его частота увеличилась у лиц старших возрастных групп [1, 6, 7]. Лечение больных этой сложной категории представляет определенные трудности из-за наличия у них сопутствующих заболеваний, иммунодефицита, развития токсико-аллергических реакций на противотуберкулезные препараты и неврологических осложнений, составляющих от 75,2 до 78,1% [2,3,5]. Эти трудности predispose к выбору консервативного лечения, что, безусловно, осложняет течение заболевания вплоть до развития спинномозговых расстройств (до 71,8% [4]) и снижают процент оперативного лечения страдающих туберкулезным спондилитом старших возрастных групп [1, 8].

Нами проанализированы результаты оперативного лечения 95 больных туберкулезным спондилитом (мужчин — 51, женщин — 44) в возрасте от 55 до 78

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасьев В.С., Равдель Г.Д., Мартыненко З.А.// Пробл. туб. — 1988. — № 8. — С. 58—61.
2. Гавриленко В.С., Шулаева З.А., Либенсон А.С. и др. Особенности клиники и диагностики туберкулеза легких и внелегочной локализации. — М., 1981.
3. Либенсон А.С. Совершенствование лечебной помощи больным туберкулезом органов дыхания. — М., 1981.

Поступила 15.12.95.

## PECULIARITIES OF THE CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LOBAR, CASEOUS PNEUMONIA

*R.Sh. Valiev*

### Summary

The clinical picture of lobar, caseous pneumonia, peculiarities of its roentgenologic picture and laboratory data are analyzed. The differences in the tactics of treatment and outcomes of the disease that can have concrete practical importance are shown.

лет. От 55 до 60 лет было 23 (24,2%) пациента, от 61 до 65 — 29 (30,5%), от 66 до 70 — 28 (29,5%) и более 70 лет — 15 (15,8%). Процесс локализовался в пределах 2 позвонков у 36 (37,9%); распространенная форма выявлена у 59 (62,1%) больных. Заболевание длилось до 6 месяцев у 26 (27,4%) больных, до 12 — у 53 (55,8%), свыше одного года — у 16 (16,8%). Постепенное развитие процесса отмечено у 74 (77,9%) больных, быстрое — у 21 (22,1%). Больные длительное время — от 3 месяцев до одного года — находились в других лечебных учреждениях, что приводило к развитию неврологических осложнений (у 73), пролежней (у 9), нарушений функций тазовых органов (у 15), свищей (у 7). Поздняя диагностика процесса и большой процент осложнений объясняются отсутствием у врачей настороженности в отношении воспалительной патологии позвоночника, поверхностной и недифференцированной оценкой болевых ощущений и неврологической симптоматики, переоценкой клиники сопутствующих заболеваний.

Активный процесс был у 35 (36,9%), потеря активности — у 37 (38,9%) и затихший процесс — у 23 (24,2%) больных.

Туберкулезные поражения других органов (легких, плевры, почек, суставов, лимфоузлов, гениталий) диагностированы у 39 (41%) больных.

С целью верификации диагноза и оценки активности процесса проводились постановка кожно-аллергической пробы Манту, определение клеточного состава крови, белковых фракций, содержания циклического аденозин-монофосфата, активности фермента 5'-нуклеотидазы, СОЭ, сиаловых кислот, С-РБ, бактериологическое и гистологическое исследование биопсийного материала. При активном процессе и потере активности реакция Манту была положительной у 53 (55,8%) больных.

Методы лучевого исследования, рентгеномография, компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) показали наличие распространенного остеопороза, более выраженного в зоне деструкции у 68 (71,6%) больных, причем у пациентов старших по возрасту остеопороз был более значительным. У 43 (45,3%) больных этой группы отмечались быстрое нарастание деструкции и развитие неврологической симптоматики. На срезах КТ и МРТ отчетливо определялись абсцессы (у 36) и зона компрессии спинного мозга. Данную рентгенологическую картину мы объясняем комплексом причин: возрастными остеопатиями, гормональными нарушениями, длительной гиподинамией, нарушениями иммунного статуса, туберкулезными интоксикациями, токсико-аллергическими реакциями и др. Указанные причины снижают прежде всего активность костеобразовательного процесса, поэтому в предоперационном периоде необходимо максимальное их устранение.

Тщательное обследование больных позволило выявить у них ряд сопутствующих заболеваний: легочно-сердечную недостаточность различной степени (у 65), нарушения функций печени (у 14) и почек (у 16), язвенную болезнь (у 4), аллергические реакции на медикаментозные препараты (у 48), гипертоническую болезнь (у 39).

Послеоперационная антибактериальная терапия при активном процессе и потере активности специфического процесса в 53 (55,8%) случаях проводилась в течение 1—2 месяцев двумя или тре-

мя препаратами в зависимости от переносимости (стрептомицин, изониазид, рифампицин) в обычных дозировках с включением в комплекс лечения иммунокорректора левомизола или тактивина. Применение иммуностимуляторов на фоне противотуберкулезной терапии оказывает положительное влияние на иммунологический статус больных, что подтверждалось активацией Т-лимфоцитов, играющих важную роль в формировании противотуберкулезного иммунитета. В указанные сроки наступала клиническая компенсация процесса — улучшалось общее состояние и нормализовались температура и показатели гемограммы, ослаблялся болевой синдром, рентгенологически отмечалась стабилизация процесса.

Одновременно проводились активная терапия сопутствующих заболеваний, коррекция водно-электролитных, белковых нарушений, устранение гиповолемии и анемии; с целью нормализации микроциркуляции применялись реомакродекс и актовегин. При дыхательной недостаточности прибегали к искусственной вентиляции легких на аппарате и к электрической стимуляции диафрагмы, к дыхательной гимнастике. По показаниям назначали кардиотропную и гепатотропную терапию.

Благодаря указанным мероприятиям в большинстве случаев в предоперационном периоде удалось повысить резервы дыхания и улучшить сердечную деятельность, что в итоге позволило расширить границы операбельности на позвоночнике.

Разработанный и внедренный нами в практику метод раннего оперативного вмешательства с внеочаговой аппаратной фиксацией позвоночника явился новым перспективным направлением в лечении вертебральной патологии, который с успехом был применен у лиц пожилого возраста.

Оперативное лечение в 14 (14,7%) случаях заключалось в абсцессотомии, некрэктомии с применением заднего доступа и резекцией 1—2 ребер (костотрансверзэктомия и гемиламинэктомия). Имевшиеся функциональные нарушения со стороны легких и сердца у больных данной группы не позволили провести радикальные операции из передних доступов.

У 81 (85,3%) больного были использованы доступы трансторакальные, экстраперитонеальные или их сочетание

с отсечением ножки диафрагмы, переднебокового спондилодеза аутоотрансплантатом или биосовместимым имплантатом и фиксацией оперированной зоны позвоночника аппаратом Бызова. У 15 (15,8%) больных со спинномозговыми нарушениями внеочаговая фиксация позвоночника была отсеченной и выполнена через 1—1,5 месяца после купирования неврологической симптоматики.

С учетом того, что в зоне деструкции дистрофические изменения локализованы не только в костной, но и в окружающих мягких тканях, выделение зоны деформации производили методом остеопериостальной декорткации, не нарушая связи мягких тканей и надкостницы с тонким слоем кости. Обязательно проникали на противоположную сторону и удаляли некротические и казеозные массы.

Спинномозговой канал удобнее вскрывать с близлежащего к углу деформации межпозвонкового отверстия. Одновременно делали ревизию корешков, освобождали их из рубцов и спаек, санируя выделенную зону вплоть до твердой мозговой оболочки и прилегающей к углу передней стенки спинномозгового канала. В пределах здоровых тканей формировали паз в остатках тел позвонков. По полученным размерам паза трансплантат из крыла подвздошной кости или ребра внедряли между позвонками с помощью импакторов.

В 46 (48,4%) случаях мы сочетали аутоотрансплантат с биосовместимым имплантатом. Последний, обладая высокой прочностью, обеспечивает механическую стабильность передних отделов и выполняет роль депо противотуберкулезного препарата, так как на его поверхность наносится антибиотик бенемидин. Отслоенную переднюю продольную связку с надкостницей и кортикальной пластинкой фиксировали на свое место кетгутовыми швами. Проводили дренажи и послойно ушивали операционную рану наглухо.

Больного укладывали на живот. Определяли по три остистых отростка выше и ниже зоны резекции, на которые устанавливали сегменты аппарата Бызова, соединяя их между собой продольными штангами через вилки, установленные на дугах. После завершения монтажа аппарата иглы в местах прокола обертывали салфетками, смоченными в спирте. Весь аппарат закрыва-

ли стерильной пленкой, которую фиксировали бинтом.

В послеоперационном периоде основное внимание уделяли коррекции нарушений функции органов и систем в связи с сопутствующими заболеваниями. Одновременно назначали дыхательную гимнастику, а со 2—3-го дня — лечебную физкультуру для верхних и нижних конечностей. С 7—12-го дня больным разрешали вставать и ходить с помощью костылей. В этот период проводили контрольную рентгенографию, коррекцию аппарата, предписывали комплекс лечебной физкультуры для мышц спины и нижних конечностей, постепенно увеличивая количество упражнений и длительность их выполнения индивидуально для каждого больного.

У больных, прооперированных с применением задних доступов, позволяющих лишь экономную некрэктомию, репаративные процессы были снижены, что требовало длительной (до 3—4 мес) фиксации позвоночника аппаратом. У 81 (85,3%) больного были использованы передние доступы, позволяющие радикальную резекцию очага с замещением дефекта аутоотрансплантатом. Остеопериостальная декортация благоприятствовала у них быстрому сращению кортикальных пластинок с трансплантатом, его васкуляризации и перестройке. Несмотря на имевшиеся сопутствующие заболевания легких, сердца и сосудов, больные в послеоперационном периоде быстро переходили к активному двигательному режиму, что свидетельствовало о функциональности применявшегося нами метода лечения распространенных форм туберкулезного спондилита, особенно у лиц пожилого возраста.

Через 2—3 месяца после операции у больных клинически отмечалась стабилизация позвоночника (резкое уменьшение болей, свободное передвижение, потеря активности процесса), что служило показанием к снятию аппарата.

На контрольных рентгенограммах полученных через 6—8 месяцев после операции, визуализировались сращение концов трансплантата с материнским ложем и формирование регенерата вокруг трансплантата. После снятия аппарата репаративные процессы контролировались с помощью КТ. По томограммам было отчетливо видно качество формирующейся мозоли в зоне резекции тел позвонков. Через 6—8—10 месяцев плот-

ность сформированного регенерата составляла 220—240 ед. Хаунсфильда, что соответствует плотности губчатой костной ткани. Данная рентгенологическая картина позволяла рекомендовать больным ношение корсета облегченного типа и ходить без костылей.

Контрольные рентгенотомограммы, снятые через 10—12 месяцев, показали однородность структуры образованного костного блока. Сформированный регенерат имел структуру, идентичную таковой тел соседних позвонков. Трансплантат характеризовался несколько большей плотностью.

Следовательно, контроль течения репаративных процессов с помощью рентгенограмм и компьютерных томограмм позволяет достоверно определять сроки формирования костной мозоли в зоне резекции очага деструкции и назначать дозированную физическую нагрузку на позвоночник в каждом конкретном случае.

Отдаленные результаты лечения изучены у 67 (70,5%) больных. У 34 (35,8%) пациентов клинически отмечался в различной степени болевой синдром за счет выраженных дегенеративных изменений в позвоночнике. Из них 32 (33,7%) пациента пользовались корсетом. В 6 (6,3%) случаях было достигнуто улучшение — больные передвигались с помощью костылей. Остаточные неврологические нарушения со стороны спинного мозга определялись у 9 (9,5%) пациентов.

Таким образом, описанный метод оперативного лечения распространенных форм туберкулезных спондилитов с внеочаговой фиксацией оперированной зоны позвоночника аппаратом позволяет создавать оптимальные механо-

биологические условия для репаративных процессов даже у лиц пожилого возраста, сокращать сроки постельного послеоперационного периода и с 7—12—15-го дня назначать раннюю реабилитацию больных, не вызывая осложнений со стороны легочно-сердечной системы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бараш Л.И. Сборник научных трудов. — Минск, 1995.
2. Кожамкулов Д.К. Клинико-иммунологические сдвиги при лечении больных костно-суставным туберкулезом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Алма-Ата, 1990.
3. Лавров В.Н., Абдулхабилов М.А. // Пробл. туб. — 1991. — № 9. — С. 45—49.
4. Олейник В.В. Хирургическое лечение туберкулеза позвоночника у больных старших возрастных групп: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1992.
5. Олейник В.В. // Пробл. туб. — 1994. — № 3. — С. 38—41.
6. Пикулева Ю.В. Хирургия внелегочного туберкулеза. — Л., 1983.
7. Синяевская Л.М., Степанель В.Н. Сборник научных трудов. — Минск, 1995.
8. Шилова М.В., Сон И.М. // Туб. и экол. — 1995. — № 3. — С. 8—10.

Поступила 15.12.95.

#### TREATMENT OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS IN PERSONS OF ELDER AGE GROUPS

V.N. Lavrov, K.M. Ziyatdinov, F.V. Galiullin

#### Summary

The results of the combined early surgical treatment of patients over 55 years of age with tuberculous spondylitis are analyzed. The conservative therapy tactics and surgical treatment method — the combination of the radical operation in the tuberculous focus with external fixation of vertebrae by Byrov's apparatus — are described. The method applied allows to reduce the terms of the bed postoperative period.

УДК 616.24—089.8—031.61:611.713

## ОДНОМОМЕНТНЫЕ ДВУСТОРОННИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ ДЫХАНИЯ ИЗ ТРАНССТЕРНАЛЬНОГО ДОСТУПА

М.И. Васильев, В.Л. Редькин

Республиканский противотуберкулезный диспансер (главврач — канд. мед. наук М.И. Васильев)  
Республики Марий Эл

Одномоментные двусторонние операции на легких позволили существенно расширить объем оказываемой хирургической помощи больным, которые в прошлом считались неоперабельными [3]. Многие авторы [2, 4] отмечают относительную безопасность данных вмешательств, хорошую переносимость больными и экономичность, при этом

хирургический риск по сравнению с таковым при билатеральных межреберных торакотомиях удается снизить в 2—2,5 раза [3].

Мы располагаем опытом проведения продольной срединной стернотомии у 21 больного в возрасте от 20 до 59 лет. У 19 из них были выполнены резекции легких по поводу различных форм