

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., Соп 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 (главрач — 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

двустороннего туберкулеза, у одного — по поводу одностороннего процесса, еще у одного произведена трансцеранальная трансперикардальная окклюзия культи правого главного бронха по поводу свища после пульмонэктомии.

У 7 (33,3%) больных была фаза распада — кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез. У 8 (38%) больных обнаружены микобактерии туберкулеза в мокроте.

У 17 (81%) больных выполнены резекции легких в пределах 1—2 сегментов с каждой стороны, у 2 (9,5%) — лобэктомии в сочетании с резекцией 1—2 сегментов с противоположной стороны, у одного — билобэктомия справа по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза без вмешательства на левом легком.

Предоперационная антибактериальная подготовка проводилась по общепринятым схемам с помощью туберкулостатических препаратов (изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин и др.). Техника оперативного вмешательства подробно описана [1]. Желательна интубация трахеи двуканальными трубками типа Карленса или Уайта. По нашим данным, двупросветные трубки использованы у 8 (38%) больных. Принципиальным считаем применение перидуральной анестезии во время оперативного вмешательства, а также в течение 3—5 суток послеоперационного периода [2]. Перидуральная анестезия была проведена у 18 (85,7%) больных.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 2 (9,5%) больных: остаточная плевральная полость — у одного (ликвидирована с помощью плевральных пункций), нагноение раны в пределах кожи и подкожной клетчатки — у одного (излечено консервативно). Все больные выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии.

Отдаленные результаты прослежены до 6 лет. 19 (90,5%) больных полностью поправились, трудоспособны. У одного наступила реактивация туберкулезного процесса (инфильтративный туберкулез с распадом, БК+). О судьбе еще одного больного в настоящий момент сведений не имеется. Через 3 месяца после выписки из хирургического отделения он был осмотрен хирургом: признаков неблагоприятия не выявлено.

Итак, одномоментные двусторонние резекции легких в показанных случаях достаточно эффективны и безопасны и могут применяться у больных с различными формами двустороннего туберкулеза легких.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богущ Л.К., Иванов А.В. и др. Одномоментные двусторонние операции на органах дыхания из трансцеранального трансдиафрагмального доступа. — М., 1984.
2. Девятников А.И., Федотов В.П. Сборник трудов ЦНИИТ. — М., 1985. — Т.43.
3. Иванов А.В., Порханов В.А. Сборник трудов ЦНИИТ. — М., 1985. — Т.43.
4. Николаев И.С., Жданов В.З. Сборник трудов ЦНИИТ. — М., 1985. — Т.43.

Поступила 13.05.93.

УДК 616.24—008.4—06:616.33—072.1

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

С.Г. Кочетков, Н.Н. Крюков, М.В. Углова, В.М. Эркина

Кафедра внутренних болезней (зав. — проф. Н.Н. Крюков) стоматологического и педиатрического факультетов, НИЦ (зав. — проф. С.М. Бабкин) Самарского государственного медицинского университета

Патология желудка, в частности гастродуоденальные язвы, у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) встречается в 3 раза чаще, чем в популяции [10]. Между тем патогенез заболеваний желудка у больных ХНЗЛ изучен недостаточно полно. В последнее время получены доказательства важной этиологической роли *Helicobacter pylori* (НР) в механизмах развития хронического гастрита и язвенной болезни [2, 3, 6, 7, 9].

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки НР выявляются в 89% случаев [5]. В то же время НР обнаружены в 6% случаев на фоне гистологически неизмененной слизистой оболочки желудка (СОЖ) [9]. Некоторые симптоматические поражения желудка, например уремический гастрит при почечной недостаточности, рассматривают как ассоциированные с НР, поскольку мочевина служит питательной средой для этих бактерий [1].