

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 неблагополучия 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 трансмедиастинального 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].

Целью работы явился анализ изменений СОЖ у больных ХНЗЛ в зависимости от выраженности дыхательной недостаточности и инфицированности НР.

Нами обследованы 125 больных ХНЗЛ, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении дорожной больницы ст. Самара. Наряду с общепринятыми в пульмонологическом отделении методами исследования, включая определение газового состава крови и ее рН, всем больным проводили фиброгастроудоденоскопию (ФГДС) с прицельной биопсией в антрального и фундального отделов желудка. На гистологических препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону, изучали структуру СОЖ. Для идентификации НР производили окраску по Гимзе, а также импрегнацию серебром по Гримелиусу [1, 11]. При наличии НР подсчитывали степень обсеменения СОЖ в каждом препарате по 16 полям зрения при увеличении 630 (для каждой анализируемой группы не менее 100 полей зрения).

На основании клинической картины, показателей газового состава и КЩС крови больные были распределены на 3 группы по степени тяжести дыхательной недостаточности (ДН) [8]. При I степени ДН (нарушение вентиляции легких без изменения газового состава крови) наиболее часто выявлялся хронический поверхностный гастрит, характеризующийся дистрофическими изменениями поверхностного эпителия и полиморфноклеточной инфильтрацией на уровне ямок и шеек желез.

НР выявлены у 17 (30,9%) больных, степень обсеменения СОЖ составила $9,9 \pm 0,2$ (рис. 1). Гастрит, ассоциированный с НР, в большинстве случаев отличается высокой активностью, что подтверждают выраженный лейкопедез, образование лейкоцитарных инфильтратов в собственной пластинке СОЖ.

При II степени ДН, для которой характерна умеренная гипоксемия, изменения СОЖ соответствовали преимущественно картине атрофического гастрита. Количество обкладочных и главных клеток в фундальных железах было уменьшено, число слизеобразующих клеток увеличено. Часто наблюдалась перестройка СОЖ по кишечному типу: появлялись бокаловидные клетки, апикальнозернистые клетки Панета, формировались лжеворсинки. В большин-

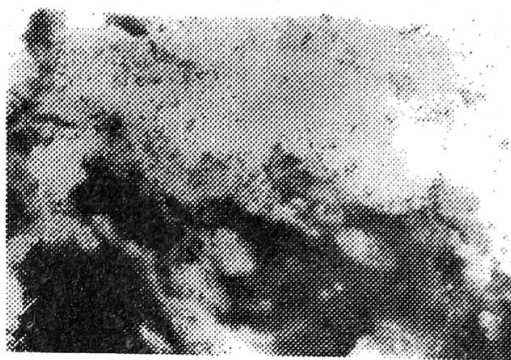


Рис. 1. Колонизация НР поверхности СОЖ. Окраска по Гимзе; х 630.

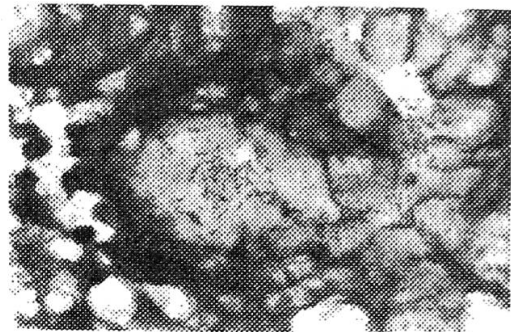


Рис. 2. Расположение НР в области межклеточных контактов эпителиальных клеток. Окраска по Гимзе; х 630.

стве случаев имел место мультифокальный гастрит, то есть изменения определялись как в антральном, так и в фундальном отделах желудка. НО были обнаружены у 11 (22,4%) больных, однако степень обсеменения СОЖ по сравнению с таковой при I степени ДН достоверно возрастала — $13,4 \pm 0,8$ ($t=4,2$).

Наиболее выраженные патологические изменения СОЖ появлялись при III степени ДН — при сочетании гипоксемии и гиперкапнии. У больных этой группы при морфологическом исследовании наиболее часто встречалась картина хронического атрофического гастрита, на фоне которого имелись эрозии и множественные точечные геморрагии. У 4 больных выявлены язвы желудка и у одного — язва двенадцатиперстной кишки. Характерно, что гастродуоденальные язвы при ХНЗЛ протекают со стертой клинической симптоматикой. Лишь двое больных жаловались на тяжесть в эпигастральной области после приема таблеток. У 2 больных с язвами желудка возникло массивное желудочное кровотечение, в одном случае приведшее к летальному исходу. НР обнаружены у 6 (28,6%)

больных, в том числе у одного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки. У 4 больных с язвами желудка НР не выявлены. Степень обсеменения СОЖ НР достигала $17,2 \pm 1,0$ ($t=7,2$). НР располагались не только на покровном эпителии и в просвете ямок, но и в области межклеточных контактов эпителиальных клеток, проникали в межклеточное пространство (рис. 2). При такой глубокой инвазии патологические изменения в СОЖ были гораздо выраженнее, чем при адгезии бактерий с апикальной поверхностью клетки. Больные ХНЗЛ с III степенью ДН 2—3 раза в год и чаще принимают курсы лечения антибиотиками по поводу обострения основного заболевания. По нашим данным, у больных ХНЗЛ после антибактериальной терапии инфицированность СОЖ НР сохраняется, что необходимо учитывать при лечении сопутствующих гастродуоденальных язв.

Изменения СОЖ у больных ХНЗЛ в зависимости от степени ДН

Заболевания желудка	Степень ДН		
	I (n = 55)	II (n = 49)	III (n = 21)
Гастрит	17		
поверхностный	28 (50,9%)	(34,7%)	2 (9,5%)
атрофический без перестройки желез	4 (7,3%)	11 (22,4%)	4 (19,0%)
атрофический с перестройкой желез	11 (20%)	14 (28,6%)	8 (38,1%)
эрозивный	3 (5,5%)	3 (6,1%)	2 (9,5%)
Гастродуоденальные язвы	2 (3,6%)	3 (6,1%)	5 (23,8%)
Норма	7 (12,7%)	1 (2,0%)	—

Таким образом, изменения СОЖ у больных ХНЗЛ с сопутствующей ДН I и II степени соответствуют клинике вторичного эндогенного гастрита с типичным для него диффузным характером поражения, быстрым развитием атрофии СОЖ с перестройкой желез по кишечному типу, что можно рассматривать как своеобразную компенсаторную реакцию в ответ на гипоксию тканей. Наиболее выраженные деструктивные изменения СОЖ (эрозии, язвы) встречаются чаще при III степени ДН. Патогенетическая роль “чистой гипер-

капнии” в ulcerогенезе доказана нами ранее в эксперименте [4]. Клинические наблюдения также свидетельствуют о том, что гиперкапния снижает резистентность СОЖ у больных ХНЗЛ к действию ulcerогенных факторов, в том числе к НР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. — Амстердам, 1993.
2. Калинин А.В., Спасивцев В.Н., Скворцов С.В., Лыцарь Б.Н.// Клин. мед.—1993.—№ 3.—С. 38—39.
3. Комаров Ф.И., Серебрянская М.В., Рапорт С.И., Погромов А.П.// Клин. мед. — 1989. — № 8. — С. 44—48.
4. Кочетков С.Г., Гречихина А.А., Ярославский В.Е. Компенсаторно-приспособительные механизмы внутренних органов и головного мозга в норме, патологии и эксперименте. — Тюмень, — 1991. — С. 21—24.
5. Логинов А.С., Аруин Л.И., Смотров И.А.// Клин. мед. — 1987. — № 8. — С. 20—25.
6. Логинов А.С., Ильченко Н.А., Смотров И.А., Аруин Л.И.//Клин. мед.—1989.—№ 8.—С. 48—50.
7. Морозов И.А. // Арх. патол. — 1994. — № 3. — С. 19—22.
8. Палеев Н.Р., Царькова Л.Н., Борохов А.И. Хронические неспецифические заболевания легких. — М., 1985.
9. Рысс Е.С., Фишзон-Рысс Ю.И.//Клин. мед. — 1993. — № 6.—С. 10 — 14.
10. Фишзон-Рысс Ю.И., Рысс Е.С. Гастродуоденальные язвы. —Л., 1978.
11. Чайка Н.А., Хазенсон Л.Б. Кампилобактериоз.— М., 1988.

Поступила 14.07.95.

NEW APPROACHES TO THE STUDY OF STOMACH PATHOLOGY IN PATIENTS WITH CHRONIC INSPECIFIC PULMONARY DISEASES

S.G. Kochetkov, N.N. Kryukov, M.V. Uglova, V.M. Erkina

Summary

Symptomatic lesions of the stomach in patients with chronic inspecific pulmonary diseases depend on the respiratory insufficiency gravity and blood gas composition changes. Hypoxemia promotes stomach mucous membrane atrophy, and hypercapnia reduces stomach mucous membrane resistance to the action of different ulcerogenic factors including *Helicobacter pylori*. The infection of the stomach mucous membrane with *Helicobacter pylori* is retained in the treatment of patients with chronic inspecific pulmonary diseases by antibiotics.