

кие разведения туберкулина. В этом отношении было небезынтересно сравнить кожную туберкулиновую чувствительность больных с туберкуломами различного генеза. Мы разделили больных на 2 группы. В первую вошли больные с туберкуломами, диагностированными при первичном выявлении туберкулеза легких и развившимися из очагового процесса, во вторую — больные с округлыми тенями типа туберкулом, образовавшимися из каверн и инфильтративно-пневмонического туберкулеза под влиянием ИП и антибактериального лечения.

У больных I гр. пышные туберкулиновые пробы были намного чаще (82,4%), чем у больных II гр. (36,7%). Эти данные указывают на повышенную кожную чувствительность больных с истинными туберкуломами, а также на роль гиперсенситизации в их формировании, в отличие от туберкулом, образование которых связано с врачом вмешательством.

В заключение следует отметить, что знание путей формирования округлых туберкулезных очагов может иметь определенное значение при выборе терапевтической тактики. У тех больных, у которых туберкуломы образовались после достаточно длительного антибактериального лечения или коллапсотерапии, трудно ставить вопрос о хирургическом лечении и при соответствующих показаниях нужно ставить вопрос о хирургическом лечении. При вновь выявленной округлой туберкулезной тени не всегда удается определить, является ли она казеомой или инфильтратом, так как на основании клинико-рентгенологической картины их не всегда можно различить. Учитывая это, все вновь выявленные очаги типа туберкулом независимо от клинической активности подлежат антибактериальной терапии и только при отсутствии благоприятной динамики или прогрессировании следует ставить вопрос о резекции легкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М. М. Проблемы туберкулеза, 1959, 8. — 2. Александрова А. В. Там же, 1954, 6. — 3. Апостол А. и сотр. Там же, 1957, 5. — 4. Аршас А. Х. Там же, 1959, 8. — 5. Богущ Л. К. Там же, 1954, 6. — 6. Богущ Л. К., Шадрин В. П. Хирургия, 1956, 7. — 7. Еловина А. А. Врач. дело, 1961, 5. — 8. Лукьянская Н. А. Автореф. докл. XV науч. сесс. ин-та туберкулеза АМН СССР, 1959. — 9. Мелик-Бабаханов Г. В. Пробл. туб. 1960, 5. — 10. Подольская Е. Я. Рентгенодиагностика первичного рака легкого. Медгиз, М., 1962. — 11. Помельцов К. В. Вест. рентгенол. и радиоф. 1955, 4. — 12. Рудин В. П. Врач. дело, 1958, 8. — 13. Третьякова Т. А. Пробл. туб. 1959, 2. — 14. Bernou, Tricoire, Tournier. Pres. med. 1953, 61, 43, 883. — 15. Bleyer, Marks. Amer. J. Röntg., 1957, 77, 6, 1013. — 16. Koch I. Schweiz. Ztsch. Tub., 1956, 13, 5, 407. — 17. Maurer, Heinze. Beitr. Klin. Tub., 1957, 117, 6, 576.

Поступила 26 декабря 1963 г.

О КОРРЕКЦИИ ГАЗОВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

В. Е. Станкевич

Республиканский противотуберкулезный диспансер
Мордовской АССР (главврач — А. Ф. Свиридкина) (г. Саранск)

Мнение большинства отечественных фтизиатров склоняется к тому, что в настоящее время искусственный пневмоторакс (ИП) в лечении больных туберкулезом не потерял своего значения (Ф. В. Шебанов, Д. Д. Асеев, А. Д. Семенов, А. Е. Рабухин, К. А. Харчева и др.). М. А. Бурлаченко с соавторами отмечает, что эффект лечения лишь одними антибактериальными препаратами оказался на 12,8% ниже, чем при сочетанном лечении с искусственным пневмотораксом. Указанные статистические данные убедительно говорят в пользу большей эффективности комбинации лечения химиотерапией вместе с ИП.

В настоящей статье поставлена задача — проследить, как влияют сроки наложения ИП с момента выявления туберкулеза легких на возможность коррекции пневмоторакса путем торакокаустики.

Всего нами проанализировано 280 историй болезни с 1954 года по 1964 г. Мужчин было 174, женщин — 106. В возрасте до 20 лет было 59, от 21 до 40 лет — 203, от 41 до 50 лет — 18. У всех больных были деструктивные формы туберкулеза легких. До и после наложения ИП все больные получали противотуберкулезные препараты в различной комбинации. Из 280 больных у 197 была произведена торакокаустика (у 118 — полная, у 79 — неполная), а у 83 — только торакоскопия (из них у 71 сращения не пережжены вследствие их обширного плоскостного характера, у 12 сращений не обнаружено). По клиническим формам туберкулеза больные распределялись сле-

дующим образом. С очаговой формой было 138 (из них у 78 обнаружены БК в мокроте), инфильтративной — 115 (65 с БК), диссеминированной — 9 (с БК), хронической фиброзно-кавернозной — 18 (11 с БК). Сроки наложения первичного ИП с момента выявления туберкулеза легких представлены в таблице 1.

Как видно, качество пробных торакоскопий без выявленных срощений, а также полных торакокаустик значительно больше при наложении ИП в срок до 2 месяцев, при этом также отмечалось малое количество неполных торакокаустик и торакоскопий с непережигаемыми срощениями.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно высказать следующие положения.

Сроки наложения первичного ИП с момента выявления туберкулеза легких не должны превышать 2 месяцев. При более продолжительных сроках значительно снижается возможность создания концентрического коллапса легкого. Сроки же торакокаустики с момента наложения ИП, по нашим данным, не оказывают существенного влияния на эффективность хирургического вмешательства. Возможности хирурга при торакокаустике зависят не столько от раннего корригирования неэффективного ИП (что, конечно, также необходимо), сколько от наложения ИП в самые ранние сроки.

Распределение больных по срокам наложения ИП с момента выявления туберкулеза легких

Вид операций		До 2 мес.	После 2 мес.
торакокаустика	полная	84	34
	неполная	15	64
торакоскопия	срощения не обнаружены	11	1
	срощения не пережжены	17	54

ЛИТЕРАТУРА

1. Асеев Д. Д. Пробл. туб. 1963, 2.—2. Асеев Д. Д., Носкова Г. П. Там же. 1962, 5.—3. Бурлаченко М. А. Там же. 1963, 7.—4. Рабухин А. Е. Лечение больного туберкулезом. Медгиз, М., 1960; Искусственный пневмоторакс в комплексном лечении больных туберкулезом легких. Медгиз, М., 1961.—5. Семенов А. Д. Легочный туберкулез. Медгиз, Л., 1963.—6. Харчева К. А. Пробл. туб. 1962, 5.—7. Шебанов Ф. В. Там же.—8. Ярошук А. А. Там же. 1963, 2.

Поступила 2 апреля 1964 г.

О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЛЕГКИХ

Канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн

Отделение грудной хирургии (нач. — канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн)
Казанской железнодорожной больницы (нач. — В. Г. Колчин)

Развитие легочной хирургии за последние годы породило обширную литературу и о таких сравнительно редких формах легочной патологии, как кисты и кистоподобные образования. Большинство авторов принята классификация И. А. Зворыкина, который делит все кистозные образования в легких на а) истинные кисты легких, б) кистоподобные образования, в) воздушные полости, возникшие на почве местной эмфиземы легких, г) паразитарные кисты.

За последнее время ряд авторов указывает на возможность образования пневматцеле у детей при пневмониях (особенно стафилококковых). Эти псевдокисты, в отличие от истинных, склонны к самоизлечению. Для них характерны также прорывы в плевру с возникновением пиопневмоторакса, в то время как нагноение при буллезной эмфиземе вообще считается большой редкостью.

Больные с неосложненными кистами и кистоподобными образованиями могут, оставаясь под наблюдением, лечиться консервативно, а с осложненными — всегда подлежат операции.

Наиболее частым осложнением кистоподобных образований в легких является нагноение. Состояние больного при этом может быть настолько тяжелым, что радикальная операция становится невыполнимой и для спасения жизни в срочном порядке производится лишь паллиативное оперативное вмешательство.

Примером может служить больной Ю., 16 лет, поступивший в терапевтическое отделение МСЧ нефтяников г. Октябрьска в крайне тяжелом состоянии 14/X 1956 г. Положение — вынужденное полусидячее, с резкой одышкой и цианозом. Заболел остро неделю тому назад, после охлаждения. Отхаркивает 50—70 мл гнойной мокроты в сутки. При рентгеноскопии видны две гигантские тонкостенные полости в сред-