

9482  
АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

---

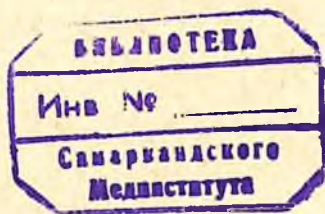
На правах рукописи

А. С. СТАМБЕКОВ

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ  
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА  
ЛЕГКИХ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук



Москва—1964 г.

АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

---

На правах рукописи

А. С. СТАМБЕКОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ  
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА  
ЛЕГКИХ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва—1964 г.

Работа выполнена в Центральном институте туберкулеза МЗ СССР

Директор Института—действительный член Академии  
медицинских наук СССР, профессор Н. А. ШМЕЛЕВ

Заместитель директора Института по научной части  
профессор А. И. КАГРАМАНОВ

Научный руководитель—профессор Т. Н. ХРУЦОВА

Официальные оппоненты:

1. Профессор С. Е. Незлин
2. Канд. мед. наук И. В. Огай

Защита состоится в Межинститутском Хирургическом Совете Академии  
медицинских наук СССР  
(Москва, Солянка, 14).

« 3 » \_\_\_\_\_ 1965 г. II

Дата рассылки автореферата

« 30 » \_\_\_\_\_ 1965 г. XII

Выделение группы пожилых из общего числа болеющих открытыми формами туберкулеза было вызвано рядом причин. Из литературных данных последних лет известно, что антибактериальная терапия, оправдавшая себя при лечении молодых контингентов, страдающих свежими формами туберкулеза легких, при лечении больных пожилого возраста не дает столь благоприятных результатов. Поскольку у пожилых людей преобладают хронические формы кавернозного туберкулеза и потому, что в этой возрастной группе часто отмечаются сопутствующие заболевания или возникает непереносимость, которые заставляют прерывать лечение или применять препараты в сниженных дозах (Н. А. Шмелев, Ф. Л. Элинсон, И. Е. Кочнова, А. Е. Рабухин, Б. П. Ященко, Ходжеску, Гоппе, Херет и др.). Естественно, что эти моменты неблагоприятно влияют на эффективность химиотерапии в этой возрастной группе, которая по данным Янезин, Анастасати, Калбфлейш и др. достигают всего 46,9%.

Если учесть, что по данным Ф. В. Шебанова рецидивы после химиотерапии хронических форм легочного туберкулеза у пожилых людей наблюдаются в четыре раза чаще, чем у молодых, то трудно рассчитывать, что этим путем удастся ликвидировать хронические деструктивные формы туберкулеза в этой возрастной группе.

Вместе с тем вопрос лечения пожилых людей, больных туберкулезом, является особенно актуальным по двум причинам. Первая—это постоянные бытовые контакты с детской группой населения и вторая—это непрерывно возрастающее количество пожилых больных, страдающих туберкулезом легких, которое в первую очередь связано с увеличением средней продолжительности жизни людей и с дефектами лечения остальных возрастных групп.

Поскольку по литературным данным вопрос хирургического лечения больных туберкулезом легких пожилого возраста

не получил достаточного освещения в литературе, мы, приступая к данному исследованию, поставили себе ряд задач с целью уточнения наиболее целесообразной хирургической тактики в отношении больных этой возрастной группы.

Первая задача касалась применения экстраплеврального пневмолиза, который по своему шадящему характеру казался наиболее целесообразным вмешательством при лечении деструктивного туберкулеза легких у пожилых людей. Необходимо было уточнить правильность этого предположения, что и было сделано путем анализа наблюдений за оперированными за период с 1959 года по настоящее время. Вторая задача касалась применения резекции легкого при лечении туберкулеза у пожилых людей.

Перед нами стояли вопросы наркоза, подготовки к операции, ведения послеоперационного периода, возможности расправления легкого после экономных резекций, операционных и послеоперационных осложнений, а также влияние самой операционной травмы на организм при наличии возрастных инволютивных изменений в системах и органах. Для уточнения характера деструктивных форм туберкулеза и имеющихся инволютивных изменений в легком у пожилых людей нами было предпринято патоморфологическое изучение резецированных препаратов легкого от 28 человек.

Необходимость специального подхода к пожилым больным диктовалась также рядом инволютивных изменений в системах и органах, отмеченных в многочисленных работах, посвященных этому вопросу.

Так, по данным Гейста, Ф. Л. Абрамсон, Пирса и Эберта, специально изучавших возрастную инволюцию легких, первые ее признаки были отмечены уже в 35-летнем возрасте. Литературные данные о том, с каких лет относить больных к группе пожилых чрезвычайно разнообразны. Так, Стибло и Коваленко выделяют в эту группу лиц с 45 лет, Н. Г. Бондаренко относит к группе пожилых людей с 41 года, тогда как большинство клиницистов, касаясь этого вопроса, ограничиваются определением «старше 50 лет».

Мы в своей работе исходили из морфологических изменений в легочной ткани, отмечаемых всеми исследователями в пятой декаде жизни, и взяли под наблюдение две группы больных—от 45 до 49 лет 14 чел. и свыше 50—46 человек. Всего 60 человек. Среди этих больных преобладали мужчины, что



вполне согласуется с литературными данными по этому вопросу. Женщин среди оперированных было всего 8 человек.

Первой группе больных были произведены коллапсо-хирургические вмешательства 23 пневмолиза и 3 торакопластики. Показаниями к операции были преимущественно фиброзно-кавернозные процессы, что видно из таблицы I.

Величина каверны	До 2 см	От 2 до 4 см	От 4 до 7 см	Всего больных по формам туберкулеза
Хронич. фиброзно-каверзный тбк легких . . . . .	2	11	3	16
Очаговый и инфильтративный тбк легких с распадом . . . . .	5	—	—	5
Диссеминированный тбк с распадом . . . . .	2	—	—	2
Всего больных по величине каверн . . . . .	9	11	3	23

Как правило, операция пневмолиза производилась под местной анестезией с применением заднего паравертебрального разреза, по общепринятой методике.

При анализе результатов применения пневмолиза в этой возрастной группе были отмечены два закономерных явления, заключающиеся в повышенной ранимости плевры и трудности создания и сохранения газового коллапса.

Ранимость плевры у пожилых людей проявилась нарушением ее целостности у одной четверти всех оперированных, тогда как у остальных контингентов она по литературным данным не превышала 6%. Сохранению газового коллапса у пожилых людей препятствовало два свойства организма этой возрастной группы. Это неукротимая склонность к развертыванию легочной ткани и характер послеоперационного выпота, имевшего преимущественно фибринозный характер. Это качество экссудата зависело, по-видимому, от возрастных изменений сосудов плевры, поскольку в нем отсутствовал экссудативный компонент.

Несмотря на перечисленные осложнения, эффективность операции пневмолиза примененной по поводу легочного туберкулеза, в группе пожилых больных остается достаточно высокой.

**Таблица № 2.** Эффективность пневмолиза в зависимости от характера процесса

Исход	Клиническая форма туберкулеза			
	Хронич. фиброзно-кавернозный тбк легких	Очаговый и инфильтрат. тбк с распадом	Диссеминирован. тбк с распадом	Полученные результаты
Полный эффект . . . . .	11	4	1	16
Улучшение . . . . .	2	—	1	3
Без эффекта . . . . .	3	1	—	4
Всего по формам туберкулеза . . . . .	16	5	2	23

Суммируя свои наблюдения по применению операции пневмолиза у больных туберкулезом легких пожилого возраста, следует отметить, что она сопровождалась большим количеством осложнений, нежели у молодых контингентов. Учитывая, что причиной наблюдавшихся осложнений были возрастные особенности организма, можно считать, что применение пневмолиза в этой возрастной группе должно быть ограничено. Вместе с тем хорошие результаты, достигнутые операцией пневмолиза у пожилых людей, позволяют сохранить ее в арсенале хирургических вмешательств для больных, которым экономная резекция противопоказана по характеру и распространенности процесса или низким функциональным показателям дыхания.

### Операция торакопластики у пожилых людей

Из малочисленных литературных данных известно, что многие хирурги по поводу туберкулеза легких у больных стар-

ше 50 лет предпочитают производить торакопластику. Об этом свидетельствуют работы Корне, Дюпен, Лука, Тире и Мерлье (1960). Эти авторы подчеркивали сравнительную безопасность операции торакопластики у пожилых людей, которая редко сопровождается серьезными осложнениями.

При строгих показаниях Лангарто, Берну, Туайе—1961, достигли у пожилых туберкулезных больных 70—78% эффективности торакопластики, причем смертность не превышала 6—7%. При использовании этого метода лечения в отношении наших пожилых больных мы пользовались в сущности теми же критериями, что и у молодых. При этом учитывалось общее состояние больного, характер и фаза патологического легочного процесса, функциональные резервы дыхания и кровообращения, и главным образом, состояние бронхиального дерева. Всего торакопластика была применена 3 больным в возрасте от 54 до 57 лет. Основной причиной, побудившей нас применить этот тип операции, а не резекцию, было снижение адаптационной способности организма, с одной стороны, и характер легочного процесса—с другой. У всех этих больных длительность процесса была от 2 до 5 лет, причем показаниями к операции в двух случаях был хронический фиброзно-кавернозный туберкулез с очагами бронхогенной диссеминации различной величины и плотности в нижних отделах того же легкого, и с противоположной стороны. Третий больной был оперирован по поводу хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза с деструкцией в одном легком.

Применяя торакопластику, мы могли убедиться, что пожилые люди легко адаптируются к изменившимся, вследствие операции, условиям дыхания, что она не вызывает резких нарушений в сердечно-сосудистой системе больных.

Резюмируя результаты литературных наблюдений и собственного очень ограниченного опыта применения торакопластики у людей пожилого возраста для лечения деструктивного легочного туберкулеза, можно сказать, что эта операция должна занять определенное место среди оперативных вмешательств в этой возрастной группе. Она сравнительно легко переносится больными. В смысле показаний она восполняет определенный пробел, включая больных, не показанных для пневмолиза и для операции резекции. Показаниями к применению торакопластики у больных пожилого возраста являются односторонние распространенные хронические фиброзно-кавернозные процессы, с локализацией каверны в зоне 1, 2 и 6



сегментов, при отсутствии бронхальной патологии или стеноза.

Нашу основную группу составили больные, которым были применены различные виды резекции.

Имеющиеся литературные данные в виде статей как отечественных, так и зарубежных авторов, посвященные этой операции в изучаемой возрастной группе, относятся преимущественно к нагноительным заболеваниям и новообразованиям. Что же касается применения резекции для лечения туберкулеза легких, то работы очень малочисленны и не содержат никаких опорных данных. Нам нужно было установить значение резекции при лечении пожилых людей, страдавших деструктивными формами туберкулеза легких. Для этого следовало изучить особенности послеоперационного периода у больных пожилого возраста, определить возможные объемы оперативного вмешательства, риск операции, влияние травмы и наркоза на результаты резекции, а также установить показания к ней.

У пожилых людей по литературным данным преобладают тяжелые деструктивные туберкулезные процессы в виде хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (Ф. В. Шебанов), часто сопровождающиеся специфическими процессами в бронхальном дереве, при которых методы хирургической коллапсотерапии обычно бывают противопоказаны и антибактериальная терапия малоэффективна. При современной технике резекции и наркоза мы не видели противопоказаний для этой операции у больных пожилого возраста, тем более, что возрастные особенности, отмеченные при применении пневмолитики и способствовавшие при нем, ряду осложнений, не должны были, по нашему мнению, иметь значение при радикальных вмешательствах.

Общее количество больных пожилого возраста с деструктивными формами туберкулеза легких, к которым была применена резекция легких, составила 34 человека.

Возраст оперированных больных этой группы был следующий: от 46 до 49 лет было 4 человека, свыше 50 и до 62 лет — 30.

По характеру процесса наши больные распределялись следующим образом:

Таблица № 3.

Характер туберкулезного процесса	Число больных
Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких . . . . .	20
Очаговый и инфильтративный туберкулез с распадом . . . . .	3
Туберкуломы с распадом . . . . .	8
Хронический диссеминированный туберкулез легких в фазе распада . . . . .	3

Из приведенной таблицы видно, что из клинических форм туберкулеза у наших оперированных преобладали хронические фиброзно-кавернозные процессы и туберкуломы с распадом. При этом у пяти человек процессы были двусторонними, с образованием каверны в противоположном легком у одного. Необходимо также указать, что у трех человек выявлялось по две каверны, которые располагались в разных долях легкого.

Преобладали левосторонние процессы, которые определялись у двадцати из 34.

Длительность туберкулезного заболевания была от 3 до 7 лет у 11 больных, а у одной трети больных свыше 7 лет. Лекарственную устойчивость микобактерий удалось установить в этой группе у 14 из 20 больных, от которых были получены культуры БК.

У шести из оперированных применялся до операции ИП в сроки от 1,5 до 5 лет.

Большинство наших больных для решения вопроса о характере оперативного вмешательства подвергались бронхоскопическому или бронхографическому исследованию, преимущественно под наркозом. При анализе полученных данных 16 бронхоскопий и 4 бронхографий у пяти больных был выявлен свежий инфильтративно-язвенный туберкулез долевых бронхов, а у трех определились остаточные изменения ранее перенесенного туберкулеза бронхов.

Поскольку мы придаем большое значение специфическому поражению бронхиального дерева для развития последующих рецидивов и послеоперационных осложнений, такие больные получали антибактериальное лечение до момента излечения

процесса, которое устанавливалось повторной бронхоскопией.

Согласно данным Стеффана, Кюпера и Незлина среди туберкулезных заболеваний легких пожилых людей можно различать „старый“ и „старческий“ туберкулез. Среди наших оперированных мы пытались определить тип заболевания на основании доступных нам анамнестических, рентгенологических и клинических данных. При тщательном анализе всех вышеупомянутых признаков только у пяти человек были основания к тому, чтобы отнести их заболевание к «старческому» типу. У всех этих больных мы имели дело с инфильтративно-пневмоническими процессами, при отсутствии явных рентгенологических и клинических указаний на ранее перенесенный туберкулез.

У наших остальных больных, к которым применялась операция резекции легкого, имелись признаки процесса, перенесенного в разные периоды жизни, которые получили рентгенологические отражения и позволили отнести без сомнения настоящее заболевание к типу «старого» туберкулеза, проявившегося в виде вспышки ранее бывших образований.

В зависимости от характера процесса, общего состояния больного, сопутствующего поражения бронхиального дерева или неспецифических заболеваний, больным проводилось в течение от 1 до 4 месяцев общая антибактериальная терапия, местное лечение бронхов и контрольные лабораторные исследования.

При решении вопросов о возможности применения резекции у людей пожилого возраста особое внимание уделялось данным исследования функции дыхания. Характеристика функции аппарата дыхания наших больных устанавливалась на основании показателей внешнего дыхания и определения объема остаточного воздуха, которое производилось по методике вымытия азота из легких.

Учитывая возрастные особенности изучаемой группы больных, мы придавали особое значение определению остаточного воздуха, поскольку этот метод является основным, хотя не безупречным критерием, для выявления скрытой эмфиземы, играющей большую роль в возникновении сердечно-сосудистой недостаточности. На основании наших исследований мы убедились, что степень снижения приспособительных возможностей аппарата дыхания у наших больных оказалась небольшой и не вызывающей существенных нарушений функции дыхания. У одной шестой части больных имевшееся снижение ды-

хательных резервов легкого объяснялось анатомическими особенностями процесса и длительностью интоксикации. Естественно, что поражение легочной ткани обусловило в значительной степени выключение легкого из процесса газообмена. У некоторых больных ограничению дыхательной функции способствовал длительный искусственный пневмоторакс и образование плевральных шварт в результате ранее перенесенного пневмоплеврита.

Основным критерием для суждения о готовности больного к применению операции резекции—являлась стабилизация процесса, о которой приходилось судить по общему состоянию больного, рентгенограмме легких и данным гемограммы. В некоторых случаях стабилизация процесса не была достигнута, и больные были оперированы с целью удаления основного очага поражения, поддерживающего явления интоксикации и препятствующего процессу заживления.

Соответственно имеющемуся легочному поражению нашим больным были произведены следующие виды резекции легкого.

Таблица № 4.

Клинические формы туберкулеза	Сегмент-эктомиа	Бисегмент-эктомиа	Комбинированная резекция	Лобэктомиа	Плевро-сегмент-эктомиа	Пулмонэ-эктомиа	Всего больных
Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез	1	7	5	6	—	—	19
Очаговый и инфильтративный туберкулез с распадом	3	—	—	—	—	—	3
Туберкулома с распадом	2	5	—	—	—	—	7
Хронический диссеминированный тбк с распадом	—	3	—	—	—	—	3
Поликаверноз «Разрушенное легкое»	—	—	—	—	—	1	1
Экстраплевральный рецид. хронич. экссудат. Туберкулома	—	—	—	—	1	—	1
Всего операций . . .	6	15	5	6	1	1	34



Из приведенной таблицы видно, что больным пожилого возраста преимущественно производились экономные виды резекции и только в одном случае пульмонэктомия. Показаниями для операции были в большинстве случаев хронические фиброзно-кавернозные процессы или распадающиеся туберкуломы. Следует подчеркнуть, что на 6 лобэктомий, из которых пять были левосторонними, а также две полисегментарные резекции—корректирующая четырехреберная торакопластика была произведена только у одного больного. Отсутствие надобности в дополнительном уменьшении объема грудной клетки объяснялось особыми свойствами легкого пожилых людей, о которых будет сказано ниже.

Все операции производились под общим интратрахеальным наркозом с добавлением мышечных релаксантов. Единственно, что можно было отметить при проведении наркоза у пожилых (большинство которых было алкоголиками),—это сравнительно замедленное усыпление, которое требовало дополнительного введения релаксантов.

Техника резекции была общепринятой. Преимущественным доступом при сегментарных и бисегментарных резекциях был срединно-подмышечный, при котором щадилась мышца плечевого пояса, что имело значение в этой возрастной группе, склонной к образованию контрактур.

Из особенностей, которые могли отметить при экономной резекции легкого у пожилых людей,—это ограниченные способности легочной ткани к спадению после вскрытия грудной клетки. Вторым характерным моментом, проявляющимся при выделении легочной ткани, были резко фиброзированныеращения в области очага поражения, которые заставляли прибегать к экстраплевральной отслойке для избежания разрыва легкого, паренхима которого не обладала эластичностью и легко разрушалась при насилии.

Третьим благоприятным моментом была послеоперационная ограниченная эксудация, которая, по-видимому, зависела от склеротических изменений в сосудах плевры.

Резюмируя результаты по применению сегментарных, бисегментарных и полисегментарных резекций, мы можем сказать, что у 24 из 26 больных, которым применялись эти операции, достигнут полный клинический эффект. Из осложнений в этой группе больных мы имели альвеолярный свищ, возникший непосредственно после операции у больного с нераспознанным язвенным туберкулезом кишечника. Больной погиб на



7 день после операции от асфиксии, наступившей в результате аспирации рвотных масс и присоединившейся эмфиземы средостения. У одного из оперированных после полисегментарной резекции слева, непосредственно после операции возникла инфильтративная вспышка вокруг резецированного участка с последующим образованием распада.

Следующую группу больных из шести человек составили пожилые люди, которым для лечения туберкулеза была применена операция лобэктомии. Трудно идентифицировать показания к хирургическому вмешательству в данной группе больных, поскольку почти у каждого из них имелись особенности, выделяющие их из контингентов молодых, которым применяется этот вид резекции легкого.

Можно только отметить, что среди этой группы в шесть человек был один больной с туберкулезом и раком легкого и один с ателектазом верхней доли, обусловленным сдавлением бронха пакетом туберкулезных узлов.

Из осложнений, имевших место после лобэктомии, мы можем отметить образование микросвища, вскоре закрывшегося под влиянием пневмоперитонеума. Второе осложнение было более тяжелым и закончилось гибелью больного. В этом случае имело место образование эмпиемы с последующим бронхиальным свищом, осложненным перикардитом. В данном случае причины летального исхода операции были многообразны. Первой из них являлось наличие каверны в противоположном легком; при выраженной лекарственной устойчивости микобактерий ко всем трем основным препаратам. Вторым моментом, неблагоприятно повлиявшим на последующее лечение болезни и явившимся, по-видимому, причиной образования эмпиемы, было нарушение целостности каверны во время операции. И последним моментом, усугубившим состояние больного, явилось наличие двух больших паховых грыж, препятствовавших эффективному откашливанию мокроты после резекции.

Анализируя результаты лобэктомии, примененной шести больным, мы можем отметить, что кроме одного летального исхода, отмеченного выше, у остальных пяти больных был получен полный эффект от операции.

Как указывалось ранее, всего одной больной была применена операция плевропультмонэктомии. Это была женщина 52 лет с так называемым «разрушенным легким». Из-за наличия плотных фиброзированных сращений выделение легкого производилось экстраплеврально. При пальпации легкое было

бугристо и не содержало воздушной ткани. Интересно, что несмотря на наличие выраженного фиброза и десятилетней длительности болезни в корне легкого был обнаружен большой лимфоузел, достигавший 2 см в диаметре. Операция производилась в феврале 1962 года. В марте 1964 г. больная абациллярна и работоспособна.

Таблица № 5. Эффективность резекции в зависимости от объема операции

№№ п/п.	Исходы	Виды резекции					Плевроэктомиа	Плевроэктомиа	Всего
		Сегментарная резекция	Бисегментарная резекция	Комбинированная резекция	Лобэктомия	Пневмоэктомиа			
1	Полный эффект . . . . .	6	14	4	5	1	1	31	
2	Улучшение . . . . .	—	—	1	—	—	—	1	
3	Умерло . . . . .	—	1	—	1	—	—	2	
Всего по объему операции . . . . .		6	15	5	6	1	1	34	

Если мы сравним количественное применение сегментэктомий, лобэктомий и пульмонэктомий, то увидим, что соответственно увеличению протяженности процесса уменьшается число применяемых для их лечения операций. Это безусловно имеет свое объяснение, поскольку распространенные процессы в этой возрастной группе сопровождаются значительными изменениями в сердечно-сосудистой системе и паренхиматозных органах (амилоидоз), препятствующих применению хирургического лечения.

Резюмируя данные хирургического лечения 60 больных в возрасте от 46 до 62 лет, мы можем сказать следующее.

Несмотря на наличие инволютивных изменений во внутренних органах пожилых людей, не было отмечено каких-либо признаков неполноценности организма и отдельных органов и систем после операции. Сложилось впечатление, что пожилые

люди субъективно легче переносят оперативное вмешательство и в этом отношении имеют больше общего с группой детского возраста.

Наличие эмфиземы у больных пожилого возраста способствует быстрому расправлению легкого после экономной резекции, что делает применение одновременной торакопластики не обязательным.

Чтобы объяснить ряд особенностей, встретившихся нам при хирургическом лечении больных легочным туберкулезом пожилого возраста, мы подвергли морфологическому изучению 28 резецированных участков легкого. При этом мы хотели установить наличие и степень выраженности инволютивно дистрофических изменений в бронхах, в кровеносных сосудах, в альвеолярной строме легкого и в плевре.

Кроме того, мы пытались установить особенности туберкулезного процесса у пожилых людей, характер его течения и репаративные возможности.

Суммируя выявленные морфологические изменения в строении легкого, можно отметить следующее.

Изменения конфигурации альвеол, наряду с которой имеются участки с обширной и выраженной эмфиземой.

Коллагенизацию структур межальвеолярных перегородок.

Пролиферацию альвеолярного эпителия иногда с появлением атипичного роста и образованием полипоподобных выростов.

В бронхах отмечалась постепенная атрофия всех элементов с заменой их фиброзной тканью. В гиалиновых пластинках встречались дистрофические процессы: вакуолизация, некрозы, обызвествления.

Изменения в сосудах заключались в утолщении средней стенки с гиперэластозом. Вокруг сосудов отмечался периваскулярный склероз.

В плевре, фиброзно измененной, отмечалось обеднение глубоких слоев эластическими волокнами, их неравномерное расположение; во многих участках эластические волокна вообще отсутствовали.

Из особенностей туберкулезного процесса в легких у пожилых людей удалось отметить, что в наших наблюдениях преобладали стабильные процессы с лимфогенным распространением инфекции. В случаях с прогрессирующим течением заболевания имела место бронхогенная диссеминация с формированием бронхолитов, свойственных детскому возрасту (Пузик).

Репаративные реакции у пожилых людей чаще неполные и нестойкие—может сохраняться туберкулезный эндобронхит и рубцы не имеют плотности, свойственной более молодой возрастной группе.

## ВЫВОДЫ

1. В связи с наличием ряда осложнений, отмечаемых при операции пневмолиза по поводу туберкулеза у пожилых людей, применение ее в этой возрастной группе должно быть ограничено.

Ее следует производить по поводу деструктивных форм легочного туберкулеза, особенно сопровождающихся легочными кровотечениями, у больных со сниженными функциональными показателями сердечно-легочной системы или распространенным процессом, не допускающим применения резекции.

2. Торакопластика должна быть сохранена в арсенале хирургических вмешательств при лечении туберкулеза легких у пожилых людей. Она может применяться при распространенных односторонних фиброзно-кавернозных процессах вместо больших по протяженности резекций легочной ткани, или при субкортикальных больших кавернах.

3. Обязательным условием для применения коллапсохирургии должно быть интактное состояние бронхиального дерева.

4. Пожилые люди, больные туберкулезом легких, сравнительно легко переносят операции различных видов экономных резекций под эндотрахеальным наркозом. У них отмечается быстрое расправление легкого после операции и незначительная экссудация в плевральную полость, зависящие от возрастных изменений в тканях и органах.

5. Для экономных типов резекции легкого у пожилых людей показаны ограниченные деструктивные процессы и туберкуломы после неэффективной химиотерапии.

У ряда больных допустимо применение резекции при односторонних туберкулезных поражениях в экссудативной фазе, если имеющийся очаг не поддается антибактериальной терапии и является источником прогрессирующей интоксикации.

6. Патоморфологические изменения в легочной ткани, отмеченные при изучении препаратов резецированных легких в группе оперированных, показали наличие значительных возрастных изменений в легочной паренхиме, которые следует учитывать при хирургическом лечении больных пожилого возраста.



7. У оперированных больных пожилого возраста по данным морфологического исследования преобладали стабильные формы туберкулезного процесса с лимфогенным распространением инфекции.

Репаративные реакции у них неполные и нестойкие; рубцы не имеют плотности, свойственной молодым людям.

#### ОПУБЛИКОВАННЫЕ ТРУДЫ

1. Стамбеков А. С. «Хирургическая тактика лечения деструктивных форм туберкулеза легких у пожилых людей» (Авторефераты докладов III науч. конф. молодых ученых 1963 г., стр 30—31)

2. Стамбеков А. С. «Хирургическое лечение больных пожилого возраста при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких». Сборник трудов ЦИТ Минздрава СССР, том IV, 1964 г., стр. 57—61



Л 74563 Подписано к печати 10/XII 1964 г. Тир. 250 экз. Зак. 3794

---

Московская типография № 14 Главполиграфпрома

