

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

(25—27. III 1964 г., Москва)

Зам. министра здравоохранения РСФСР тов. Л. С. Кутина доложила о состоянии и мерах улучшения медицинского обслуживания детей с острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания.

В последние годы хроническая пневмония и бронхиальная астма занимают важное место в патологии детского возраста. Наиболее часто хроническая пневмония наблюдается у детей дошкольного и школьного возраста. У детей раннего возраста в 80—87% наблюдается начальная стадия болезни, а у детей школьного возраста в 80—85% — хроническая пневмония II и III ст.

В тесной патогенетической связи с хронической пневмонией находится бронхиальная астма. Она наблюдается у 16% детей, больных хронической пневмонией, и возникает на фоне последней во много раз чаще, чем у здоровых.

Основное место в борьбе с этими заболеваниями должна занимать детская поликлиника, важнейшей задачей которой является своевременная госпитализация детей с острой пневмонией или правильная организация стационара на дому.

Осуществление этапного лечения, преемственность в работе учреждений при тесном контакте педиатров, отоларингологов, стоматологов, хирургов могут предупредить прогрессирование патологического процесса и вести к полной его ликвидации.

Действительный член АМН СССР проф. Ю. Ф. Домбровская осветила современное состояние вопросов этиологии и патогенеза респираторных заболеваний у детей. В настоящее время решительно меняется роль отдельных видов микробов в этиологии острых респираторных пневмоний. В частности, в значительной мере снизилась вирулентность пневмококков всех типов. В то же время в генезе острых и особенно затяжных заболеваний дыхательных путей возросла роль стафилококков, ряда вирусов, простейших и грибов.

Наиболее опасным агентом в возникновении пневмоний новорожденных является целый ряд вирусов. Организм новорожденного абсолютно беззащитен при воздействии на него как стафилококков, так и вирусов. При вирусных пневмониях у новорожденных такие факторы неспецифического иммунитета, как фагоцитоз, С-реактивный белок, пропердин, себя не проявляют, в то время как при бактериальных пневмониях они играют определенную роль. При вирусных пневмониях повреждается эпителий дыхательных путей. В генезе острых и затяжных пневмоний играют роль также грибки и простейшие.

Несмотря на полиэтиологичность пневмоний новорожденных и детей первого полугодия жизни, все они мноморфологичны, т. е. чаще всего это интерстициальные, межлуночные пневмонии.

Все больше выявляется значение преморбидных факторов в развитии пневмоний. Эти факторы имеют свои особенности в отдельных возрастных периодах: для детей первых месяцев жизни преимущество остается за внутриутробной и перинатальной патологией, для детей ясельного, дошкольного и школьного возрастов характерны аллергические, чаще инфекционно-аллергические состояния.

Термин «хроническая пневмония» — собирательный. Рецидивирование процесса не всегда дает основание говорить о хроническом процессе. Рецидивирующие пневмонии не всегда имеют бактериального происхождения, они могут быть результатом аутоаллергии, аутоенсибилизации.

Наиболее часто создают инфекционно-аллергические состояния организма хронические воспалительные процессы носоглотки, аденоиды, тонзиллиты, синуситы. Не исключается и аутоенсибилизация, обусловленная лекарственными препаратами, в частности антибиотиками.

Не все хронически текущие, рецидивирующие пневмонии являются истинно хроническими, т. е. имеет место гипердиагностика, в связи с чем докладчик предлагает термин «бронхопатия».

Заболевания носоглотки имеют непосредственную связь с рецидивирующими и затяжными пневмониями, протекающими по типу незавершенного морфологического процесса типа пневмопатий, при которых возможна обратимость процесса, поскольку они часто не приводят к серьезным морфологическим изменениям в легких, а наблюдается лишь преимущественно сосудистая аллергическая реакция.

Статистика бронхоэктазий показывает, что бронхоэктазы, обнаруживаемые у взрослых, начинают формироваться в возрасте до 5 лет, чаще всего после острой пневмонии. В докладе были подняты вопросы об улучшении рентгенологического обследования детей, о необходимости организации бронхологических кабинетов при поликлиниках и стационарах, о широком внедрении бронхографии у детей раннего возраста.

А. К. Светлова (Москва) также отметила, что настороженность педиатров к хронической пневмонии часто приводит к ее гипердиагностике. При клиническом, вирусологическом и бактериологическом обследовании детей, направленных с диагнозом хроническая пневмония, диагноз подтверждается в клинике примерно в 12%. Более чем у 33% детей изменения в легких не обнаружены, а диагностированы рецидивирующие и хронические назофарингиты или бронхиты. У половины детей выявлены повторные затяжные и рецидивирующие пневмонии, протекающие с поражением как интерстициальной, так и паренхиматозной ткани. Характерной особенностью заболеваний легких, связанных с хроническим поражением носоглотки, является обратимость морфологического процесса (пневмопатии). Это побуждает считать, что в основе патогенеза рецидивирующих и хронических заболеваний респираторных органов лежат хронические воспалительные процессы носоглотки — аденоиды, тонзиллиты, синуситы, которые создают инфекционно-аллергический комплекс типа адено-синусо-пневмопатий. Часто аллергическое состояние усугубляется повторным и длительным лечением этих детей антибиотиками.

В борьбе с такими заболеваниями важное место принадлежит десенсибилизирующему и физиотерапевтическому лечению, а 30% таких детей подлежит оперативному лечению (аденотомии, тонзиллэктомии).

В клинике, руководимой проф. Ю. Ф. Домбровской, диагноз хроническая пневмония ставится при длительности заболевания не менее 10 мес. и наличии рецидивирования.

Отоларинголог Н. П. Константинова, обследуя 150 детей в возрасте от 8 мес. до 4 лет, страдающих бронхо- и пневмопатиями, обнаружила в 70% заболевания придаточных пазух носа.

По ее мнению, неправы те, кто считает, что у маленьких детей придаточные полости носа не развиты. У обследуемых чаще обнаруживались гаймориты и этмоидиты или их сочетание. При подозрении на синусит необходимо рентгенологическое исследование.

После консервативного лечения (анемизация слизистой оболочки носа, физиотерапия, общеукрепляющее и десенсибилизирующее лечение) часто отмечался стойкий положительный эффект.

Проф. Л. О. Вишневецкая отметила, что если до настоящего времени хроническая пневмония с образованием бронхоэктазов рассматривалась как заключительный этап (III ст.) хронического бронхо-легочного процесса, то изучение секционного материала показало доминирующую роль при этом изменений бронхиального дерева, при которых эктазии возникают рано, а отнюдь не в завершающей стадии болезни и далеко не всегда в связи с пневмоклерозом.

В далеко зашедших случаях настолько доминируют воспалительно-склеротические изменения, что ими маскируются возможные признаки порока развития. Поэтому при трактовке характера процесса в легких у детей необходимо стремиться выявлять на ранних стадиях гезз бронхиального поражения (врожденный или приобретенный). Это может определить более рациональное лечение и профилактику.

А. А. Валентинович (Ленинград) подытожила полуторагодовой опыт работы методического центра по борьбе с хронической пневмонией, созданного при Ленгорздравотделе. Указанный центр руководит работой клинического стационара для лечения тяжело текущих форм хронической пневмонии, специализированного санатория и сети кабинетов хронической пневмонии при поликлиниках. В 23 поликлиниках города организованы специальные пульмонологические кабинеты, которые проводят диспансеризацию детей, страдающих хронической пневмонией, регулярные профилактические курсы лечения 2—3 раза в год, санацию инфекционных очагов. Для широкой сети педиатров проводятся 10-дневные инструктивные семинары.

М. Г. Чухловина (Ленинград) сообщила об эффективности применения протеолитических ферментов в лечении хронических пневмоний у детей. Протеолитические ферменты являются эффективным средством борьбы с ателектазами, возникающими на почве закупорки бронхов слизью и мокротой. Отрицательной стороной ферментотерапии является возникновение аллергических осложнений — астматических состояний, эозинофилии. Указанные осложнения могут быть сведены до минимума применением антигистаминных препаратов. Антибиотики эффективно вводить интратрахеально.

Проф. А. П. Колесов (Ленинград) сообщил о показаниях и противопоказаниях к хирургическому лечению бронхоэктазий у детей.

Обследование 700 детей, из которых более половины были оперированы в клинике по поводу бронхоэктазий, свидетельствует, что показания к хирургическому лечению возникают раньше тех сроков, в которые фактически производится операция.

Абсолютно показанной следует считать операцию при строго ограниченных, особенно ателектатических бронхоэктазиях, сопровождающихся отчетливыми клиническими проявлениями.

Относительны показания к резекции легкого при небольших по объему поражениях с благоприятным течением.

С осторожностью должны рассматриваться показания к операции у детей младшего возраста (до 5—6 лет), а также у детей с рассеянными формами бронхоэктазий, когда расширения бронхов обнаруживаются в различных отделах легких и участки

поражения не имеют четких границ. Отдаленные результаты у этих групп больных оказываются менее удовлетворительными.

Противопоказанием к хирургическому лечению являются дыхательная недостаточность с развитием легочного сердца, бронхиальная астма, протекающая с частыми и тяжелыми приступами, выраженный амилоидоз. Летальность после оперативных вмешательств у детей по поводу бронхоэктазий не превышает 1—2%.

М. Н. Степанова (Москва) отметила разнообразие форм гнойных заболеваний легких у детей. Морфологические изменения удаленной при операциях бронхолегочной ткани при бронхоэктазах на почве неспецифических легочных заболеваний, перенесенных в раннем детском возрасте, по данным докладчика, составили 84%. Наряду с приобретенными хроническими нагноительными процессами в легких обращает на себя внимание хроническая пневмония при врожденных пороках развития бронхолегочной системы (поликистоз, ателектазы, нарушение ветвления бронхов и др.); они наблюдались у 15% всех оперированных больных. Хорошие результаты оперативных вмешательств отмечены у 83% детей, удовлетворительные — у 13,6%, неудовлетворительные — у 3,4%.

К. В. Лапина подчеркнула, что физиотерапия является обязательным звеном в комплексном лечении хронических неспецифических заболеваний легких у детей и должна быть строго патогенетически обоснована.

Освещался опыт санаторно-курортного лечения детей с хронической пневмонией в санаториях Башкирии (проф. Е. Н. Третьякова), Крыма (проф. С. М. Гавалов) и др.

С. Ю. Каганов (Москва) отметил, что в последние десятилетия имеется тенденция к росту заболевания бронхиальной астмой в детском возрасте. Автор выделяет две формы бронхиальной астмы: инфекционно-аллергическую (80,2%) и аллергическую (19,8%), и подразделяет их по типу, тяжести и течению.

Бронхиальная астма может быть типичной и атипичной, легкой, средне-тяжелой и тяжелой. Тяжесть заболевания определяется не только частотой, характером и продолжительностью приступов, но и наличием и выраженностью изменений в межприступном периоде со стороны центральной нервной системы, внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы, обменных и иммунологических процессов.

Бронхиальная астма у детей протекает как с отдельными острыми приступами, так и с длительным астматическим состоянием; часто она сочетается с воспалительными изменениями легких и носоглотки, иногда сопровождается другими аллергическими заболеваниями и осложнениями.

Бронхиальная астма возникает на фоне хронических воспалительных заболеваний легких в 50—100 раз чаще, чем у здоровых детей. Однако среди детей, больных хронической пневмонией, только у 15—16% развивается бронхиальная астма. Мероприятия, направленные на предупреждение и лечение повторных и хронических воспалительных заболеваний легких, могут способствовать профилактике и успешной терапии бронхиальной астмы у детей.

Н. В. Догель (Москва) изложила принципы дифференцированного лечения больных бронхиальной астмой. При аллергической форме, не отягощенной инфекционными компонентами, основное внимание уделялось десенсибилизирующей терапии (антигистаминные препараты, средства, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки, стероидные гормоны и т. д.). При инфекционно-аллергической форме астмы, а также при сочетании ее с воспалительными явлениями в легких и носоглотке наряду с общеукрепляющей и десенсибилизирующей терапией проводилось активное противовоспалительное лечение. В периоде астматических приступов в лечебный комплекс включались бронхолитические средства. В результате лечения, определяемого формой, типом, тяжестью, течением и периодом заболевания, была отмечена отчетливая положительная динамика в течении патологического процесса.

Ряд товарищей выступил с сообщениями об эффективности лечения бронхиальной астмы у детей в санаториях.

Асс. С. Я. Порсева
Казань

ХІІІ КОНГРЕСС ОРТОПЕДОВ ГЕРМАНСКОЙ ДЕМОКРАТИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(22—25.IV 1964 г., Варнемюнд)

На конгрессе обсуждались три основные проблемы: 1. Этиология, профилактика и лечение врожденного вывиха бедра. 2. Коксартрозы (этиология, биохимия, морфология и лечение). 3. Спастические параличи (лечение и трудоустройство).

1. Немецкие ортопеды лечение врожденного вывиха бедра начинают только на 3—4 месяце жизни ребенка, обосновывая это необходимостью выжидать до момента расслабления приводящих мышц, которое наступает примерно с 3-го месяца.