

1. Губайдуллин К., Губайдуллина М. Пища казанских татар. Казань, 1927. — 2. Кревер Е. П. О распространении рахита среди русских и татарских детей. Казань, 1924. — 3. Лепский Е. М. Казанский мед. ж., 1932, 4. — 4. Методика антропометрических исследований (под редакцией проф. В. В. Бунака). Изд. 2-е, Медгиз, 1927. — 5. Ставицкая А. Б., Арон Д. И. Методика исследования физического развития детей и подростков. Медгиз, 1959. — 6. Сухарев А. А. Казанские татары. Диссертация. СПб, 1904. — 7. Трейман В. В. Физическое развитие школьников г. Казани. Автореф. канд. дисс., Казань, 1945.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616 233—002

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ В ПОНИМАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

К. Г. Никулин

(г. Горький)

Несмотря на то, что хронический бронхит является старейшим и наиболее частым заболеванием, его место в легочной патологии остается неопределенным. Нелзя не согласиться с мнением Освальда, что термин «бронхит» в разных странах и даже в одной стране понимается не в одном и том же значении. Так, в Англии в понятие хронического бронхита включается не только собственно воспаление слизистой бронхов, но и патогенетически связанные с бронхитом эмфизема и астматический бронхит. У нас большинство исследователей ограничивает бронхит воспалением слизистой бронхов, считая вторичную эмфизему и бронхитическую астму самостоятельными заболеваниями (Л. М. Георгиевская, П. К. Булатов).

Различие во взглядах зависит от подхода к определению понятий, вкладываемых в ту или иную форму болезни. Если исходить из патогенеза вторичной эмфиземы, то ее нужно, по мнению Б. Е. Вотчала, разделяемому нами, рассматривать как этап развития хронического бронхита; если же положить в основу клиническую симптоматику, то эмфизему можно трактовать и как самостоятельное заболевание.

Еще сложнее обстоит дело с бронхиальной астмой. Ряд авторов рассматривает бронхиальную астму как аллергическое заболевание, не связанное с воспалительными процессами в легких. Это мнение поддерживается большинством и иностранных авторов, отделяющих хронический бронхит от бронхиальной астмы (Вильямс и Леопольд).

П. К. Булатов, считая инфекцию основой бронхиальной астмы, отводит хроническому бронхиту подчиненное место. Между тем, по данным Освальда, Б. Е. Вотчала, К. Г. Никулина, бронхоспазм по мере развития бронхита становится одним из его клинических проявлений. Даже в случаях вторичного присоединения бронхита больные погибают не от астмы, а от воспалительных изменений в бронхолегочной системе и от легочно-сердечной недостаточности. В самом деле, неосложненная астма редко приводит к деструктивной эмфиземе, как это свойственно хроническому бронхиту, и не ведет к сердечно-легочной недостаточности (Вильямс и Леопольд, Освальд, Гарольд и Мартин, Рейд). Очевидно, что в основе астмы и спазма при бронхите лежит аллергический фактор. Принципиальная разниа заключается в том, что при бронхите спазм есть аутоаллергическая реакция на хроническое воспаление на фоне органического нарушения бронхиальной проходимости. Эмфизема здесь не дистензионная — обратимая, а стойкая деструктивная, связанная с переходом воспаления из бронхиол на альвеолярные перегородки. Если исходить из патогенетического принципа, то очевидна целесообразность отнесения астматического состояния и приступов типичной астмы на фоне хронического бронхита к его проявлениям.

Отрыв эмфиземы и бронхоспазма от патогенетической основы ведет к ослаблению внимания к хроническому бронхиту. Борьба на ранних подступах к эмфиземе и бронхитической астме не организована. Этим в значительной степени объясняется нередко первичное поступление больных с выраженной эмфиземой, астмоидным состоянием и сердечно-легочной недостаточностью.

Поднимаемый в порядке дискуссии вопрос имеет большое практическое значение. Неопределенность — самый худший спутник врача. У практического врача должно быть ясное представление о механизмах развития, начиная с истоков забо-

левания. Это нужно прежде всего для профилактики эмфиземы и астматического бронхита.

В нашем материале зависимость эмфиземы от диффузного хронического бронхита отчетливо выражена в следующих цифрах. Диффузный хронический бронхит с вторичной эмфиземой был у 798, без эмфиземы — у 3, эмфизема без хронического бронхита была у 10 больных.

Итак, в стационаре мы наблюдали хронический бронхит без эмфиземы только у 3 больных, что в значительной степени объясняется госпитализацией в поздних стадиях заболевания. Для доказательства зависимости эмфиземы от хронического бронхита это обстоятельство не имеет значения. У всех больных с вторичной эмфиземой была типичная многолетняя динамика хронического бронхита. Первичная эмфизема отмечена лишь у 10 больных, что подтверждает редкость данного страдания.

Для выяснения частоты астмоидного состояния при хронических бронхитах мы изучили 798 больных бронхитом с вторичной эмфиземой. Обычно при астматическом бронхите это сочетание было постоянным, что объясняется большой выраженностью при астматическом состоянии нарушения бронхиальной проходимости. Диффузный хронический бронхит без астмоидного состояния был у 543, с астмоидным состоянием — у 255 больных.

Таким образом, треть больных хроническим бронхитом с эмфиземой страдает астмоидным состоянием. Если включить в астмоидное состояние часто встречающийся приступообразный кашель, сочетающийся с одышкой, то число больных со спазмом бронхов значительно увеличится.

У всех больных приступы спазма бронхов и астмоидное состояние возникали в процессе развития хронического бронхита. Выделение этих больных в группу бронхиальной астмы как самостоятельной нозологической единицы равносильно поглощению причины следствием. Поэтому мы рекомендуем включить в понятие хронического бронхита как собственно воспаление слизистой бронхов, так и вызываемую хроническим бронхитом деструктивную эмфизему и астмоидное состояние.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатов П. К. Бронхиальная астма. Медицина, Л., 1964.
2. Вотчал Б. Е. В кн.: Руководство по внутренним болезням. Медицина, 1964, т. 3.
3. Георгиевская Л. М. Там же.
4. Коган Б. Б. Бронхиальная астма, Медгиз, М., 1959.
5. Никулин К. Г. Мат. межреспубликанской конф. по проблеме: Бронхиальная астма и хронические неспецифические заболевания легких и их курортное лечение. Кисловодск, 1965.
6. Освальд Н. В кн.: Современное состояние учения о хроническом бронхите. Медгиз, М., 1963.
7. Рейд Л. Там же.

УДК 616—089.87—616.24—616—06

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ

(По материалам лечебных учреждений ТАССР)

М. Ю. Розенгартен

(Казань)

Если послеоперационным осложнениям посвящена обширная литература, то исследования осложнений, возникающих при операциях, не нашли еще достаточного отражения в работах как советских, так и зарубежных авторов. Можно указать лишь на статьи А. А. Вишневого, Н. М. Амосова, И. П. Дедкова, В. И. Стручкова, Н. И. Краковского, А. И. Смайлис, М. Л. Шулутко, а также на отдельные фрагменты монографий о резекции легких (А. Н. Бакулев и Р. С. Колесникова, И. С. Колесников, Ф. Г. Углов, А. И. Савицкий, Б. К. Осипов, Л. К. Богуш, Н. В. Антелава, В. И. Стручков, Н. М. Амосов, Ценкер, Хеберер, Лер, Лециус и др.).

В основу настоящего сообщения положены наблюдения над 534 оперированными больными¹ с различными заболеваниями легких (туберкулез, нагноительные процессы, опухоли).

Мы условно разделили операцию на 5 этапов: I — начало обезболивания (премедикация, местная анестезия, интубация), II — вскрытие плевральной полости, III — мобилизация легкого, IV — выделение и обработка элементов корня легкого, а также резекция легкого, V — введение в полость плевры антибиотиков и дренажа,шивание краев операционной раны.

Во время 534 операций было 198 осложнений у 177 больных (33,1%).

¹ Из 534 операций 132 являются личным материалом автора, а остальные наблюдения заимствованы из различных лечебных учреждений ТАССР (Ю. А. Ратнер, П. В. Кравченко, М. З. Сигал, М. М. Шалагин, Р. А. Вяселев, И. Ф. Харитонов, Л. Н. Молчанов, И. З. Сигал, А. О. Лихтенштейн, Н. Н. Морозов, С. Е. Марголин, Э. М. Мурадинов).