

склонностью к аллергии, диспансеризация их с детства, рациональное лечение, проведение профилактических мер, консультации в отношении трудоустройства, места жительства, индивидуальных мер профилактики, статистика и т. д.

В заключение следует отметить, что намечаемые в данной статье санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические меры не должны противопоставляться, а, наоборот, должны сочетаться со специфической десенсибилизацией как средством борьбы с уже развившимися заболеваниями.

Все перечисленные профилактические меры важны еще и потому, что они будут иметь значение не только для предупреждения аллергических заболеваний, но и в деле профилактики многих других заболеваний, связанных с нарушением уровня иммунитета, интоксикациями и развитием гетерогенности в организме. В последнее время все эти процессы рассматриваются как имеющие патогенетическое отношение к опухолеобразованию (Н. И. Вылегжанин) и, следовательно, к учащению заболеваемости злокачественными опухолями. Поэтому все намечаемые здесь меры для профилактики аллергии следует рассматривать как часть того общего плана оздоровительных мероприятий, который предусмотрен в нашей стране программой коммунистического строительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агранат В. З. В кн. Радиационная гигиена, т. II, Медгиз, М., 1962.
2. Вылегжанин Н. И. Казанский мед. жур. 1963, 1. — 3. Глуховская Г. Ф., Сидоренко Е. Н. В кн. Вopr. аллергии в клинике. Госмедиздат УССР, Киев, 1963. — 4. Дадашьян М. А. Профилактика инфекционных заболеваний и аллергии у детей. Медгиз, М., 1962. — 5. Здродовский П. Ф. Проблемы инфекции, иммунитета и аллергии. Медгиз, М., 1963. — 6. Карпова К. Н. В кн. Вopr. аллергии в клинике. Госмедиздат УССР, Киев, 1963. — 7. Коган Б. Б. В кн. Вопросы аллергии, Медгиз, М., 1961. — 8. Лихачев А. Г. В кн. Материалы расширенного пленума правления Росс. общества отоларингологов. М., 1964. — 9. Плательес Х. Х., Харитонов А. М. Побочные явления при антибиотикотерапии бактериальных инфекций. Медгиз, М., 1960. — 10. Преображенский Б. С. В кн. Материалы расширенного пленума Росс. общества отоларингологов. М., 1964. — 11. Сандлер Р. А. В кн. Вopr. аллергии в клинике. Госмедиздат УССР, Киев, 1963. — 12. Сахаров П. П., Гудкова Е. И., Порошина Ю. А., Фрадкин В. А. В кн. Современная практическая аллергология. Медгиз, М., 1963. — 13. Glaser J. Allergy in Childhood, 1956, Illinois, USA; Acta Paediatrica vol 46, 1957, I. Uppsala.

Поступила 15 сентября 1964 г.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПНЕВМОНИИ

Проф. К. Г. Никулин и доц. В. В. Костина

(Горький)

За последние годы интерес к хроническим пневмониям значительно возрос, что объясняется их несомненным учащением, в какой-то мере связанным с широким применением антибиотиков и изменением аутоиммунных реакций. Отсюда вытекает необходимость более детального изучения динамики хронических пневмоний, особенно в обратимом периоде. Прежде всего нам хотелось бы уточнить, что вкладывать в само понятие хронических пневмоний. Смещение понятий, вкладываемых в термин «хронические пневмонии», затрудняет их изучение, разработку мер предупреждения и лечения.

И. К. Есипова, С. П. Борисов, Г. А. Зедгенидзе и Л. Д. Линденбратен считают хроническими пневмониями не только долевое или сегментарное воспаление, в соответствии с принятой номенклатурой заболеваний легких, но и хронические бронхиты с эмфиземой легких. Подобное обобщение, закономерное с точки зрения патолога, клинически неприемлемо. Локализация воспаления, его ограниченность или диффузность накладывают свой отпечаток на клиническое течение. Совершенно различны и механизмы развития хронического бронхита и эмфиземы от пневмонии.

Установить различия между этими заболеваниями совершенно необходимо, так как пневмония имеет непосредственную опасность и требует немедленного лечения (Джон Хордер). Выделение хронического бронхита в самостоятельную нозоло-

гическую единицу как при острых, так и при хронических процессах обусловлено требованиями врачебной практики.

Имеются предложения (В. Ф. Сигаев) включить хронические пневмонии в понятие пневмосклероза, определяющего хроническое течение воспаления при всех специфических и неспецифических поражениях легкого. С этим нельзя согласиться потому, что обобщение различных процессов в единое понятие затрудняет работу практического врача. В динамике пневмосклероза ведущим звеном является воспаление, действуя на которое мы влияем и на развитие пневмосклероза. Естественно, что пневмосклеротическая деструкция затрудняет функцию легких, поддерживает воспаление и, несомненно, играет свою роль в течении хронических пневмоний. Пневмосклероз мы включаем в хроническую пневмонию как ее элемент, а не основу, так как само становление пневмосклероза без воспаления при рассматриваемом заболевании невозможно.

Под хронической пневмонией мы понимаем ограниченное сегментом или долей воспаление с затяжным течением, склонностью к рецидивированию, склерозированию, бронхоэктазам и абсцедированию, патогенетически связанное с острой пневмонией. Хроническая пневмония может возникать как самостоятельно, так и на фоне хронического бронхита с эмфиземой.

В отличие от В. И. Стручкова (1958) мы полагаем, что хроническая пневмония может быть следствием не только интерстициальной, но и любой другой пневмонии, преимущественно очаговой и обтурационной. Создается впечатление, что сегментарные пневмонии чаще принимают хроническое течение, что в известной мере связано с худшими условиями дренирования.

Хроническую пневмонию можно подразделить на стадию воспалительного уплотнения, бронхоэктатическую и стадию абсцедирования. При клинической оценке стадии воспалительного уплотнения возникает ряд вопросов.

Прежде всего необходимо уточнить срок перехода затянувшейся пневмонии в стадию хронического воспалительного уплотнения. Эти сроки различны и варьируют от 3 до 12 недель. Определение хронической пневмонии по длительности сохранения инфильтрации может быть только ориентировочным. Быстрота развития пневмосклероза, бронхоэктазий и гнойных осложнений подвержена значительным индивидуальным колебаниям, так же как и длительность разрешения инфильтрации при затянувшихся пневмониях. Отсюда вытекает необходимость индивидуального подхода в разграничении затяжной и хронической пневмонии.

Если считать затянувшиеся пневмонии потенциально хроническими, целесообразно сократить сроки, определяющие становление хронической пневмонии. Сокращение сроков при признании обратимости хронического воспаления имеет большое практическое значение. Это повысит роль терапевтов в лечении хронических пневмоний и ограничит рост необратимых состояний. Примерным сроком разграничения затяжных и хронических пневмоний целесообразно взять 3 недели. Удлинение этого срока до 3 месяцев и выше практически констатирует необратимость хронических пневмоний. Инфильтраты 3-месячной давности и выше редко рассасываются без остаточных явлений, определяющих в последующем рецидивирование и развитие хронического воспаления. Это подтверждается результатами лечения хронических пневмоний давности от 3 месяцев до нескольких лет, по материалам 10-й клинической больницы г. Горького.

Из 60 больных полное рассасывание наступило у одного. Остаточная тяжесть установлена у трех, значительное уменьшение инфильтрации — у восьми, незначительное — у восьми. Изменений не произошло у 40 больных.

Включение в хронические пневмонии воспалений 3-недельной давности значительно увеличивает процент полного рассасывания инфильтрата и дает реальные основания рациональной предупредительной терапии.

Клиническое течение хронических пневмоний зависит от частоты и длительности обострений, быстроты развития бронхоэктазий и абсцедирования, функционального состояния легочной ткани и кровеносных сосудов, возрастных особенностей и иммунобиологической реактивности организма. Можно выделить непрерывно прогрессирующие хронические пневмонии с быстрым развитием бронхоэктазий и абсцедирования, рецидивирующие пневмонии и пневмонии с вялым течением и поздними осложнениями. Они могут сочетаться с хроническим бронхитом, эмфиземой и сердечно-легочной недостаточностью и протекать без бронхита. Это деление пневмоний представлено в следующей схеме.

Стадии хронической пневмонии	Формы	Функциональная характеристика
1. Неосложненное воспалительное уплотнение 2. Воспалительное уплотнение с бронхоэктазами 3. Абсцедирующая хроническая пневмония 4. Хроническая пневмония с бронхитом и эмфиземой	1. Беспрерывно прогрессирующая 2. Рецидивирующая 3. Вяло текущая	Легочная и сердечно-легочная недостаточность 0, 1, 2, 3-й степени

Диагностика беспрерывно прогрессирующей хронической пневмонии не представляет трудностей. При ней клинические и рентгеновские симптомы воспаления выражены достаточно отчетливо. Сложнее обстоит дело с рецидивирующими пневмониями, так как в период ремиссии рентгеновские симптомы могут ограничиваться незначительной тяжистостью, а клинические — единичными хрипами при отсутствии других физикальных данных. Температура может быть нормальной и периферическая кровь неизменной. Воспалительный характер тяжистости, по нашим данным, может быть подтвержден наличием диспротеинемии с уменьшением альбуминов и увеличением глобулинов преимущественно α_2 -фракции, повышением трансаминазной активности сыворотки крови и содержания сиаловой кислоты. Решающим в диагностике остается клиническая динамика процесса и, прежде всего, склонность к рецидивированию.

Наиболее частой является форма с вялым течением воспаления. При ней имеет место длительный субфебрилитет, ускоренная РОЭ, постоянное наличие меняющейся по интенсивности инфильтрации при достаточно выраженных физикальных симптомах.

Известные трудности возникают при диагностике хронической пневмонии на фоне диффузного бронхита и эмфиземы легких. Обнаружение локального воспалительного уплотнения на фоне эмфиземы и диффузного бронхита нередко возможно лишь рентгеновским методом. Во всяком случае, периодические повышения температуры, появление на ограниченных участках групповых мелкопузырчатых хрипов должны направлять мысль врача на поиски доказательств пневмонии.

Мы обращаем особое внимание на динамику инфильтративных изменений, исходя из того, что и до настоящего времени в решении вопроса о клиническом излечении основное внимание обращается на температуру и общее состояние больного. Предполагается, что полное завершение рассасывания возможно и после курса лечения в стационаре. Это подтверждается следующей сводной таблицей симптомов, обнаруженных у 1023 больных при выписке из стационара областной больницы в конце войны и первый послевоенный период. Остаточные явления обнаружены у 406 больных с первичной пневмонией и у 203 — повторной.

Т а б л и ц а 1

Характер остаточных явлений	Первичные больные	%	Повторные больные	%
Остаточная инфильтрация	240	30,4	99	34,5
Влажные хрипы	95	13,0	70	24,4
Крепитация	191	25,9	72	25,0
Бронхиальное дыхание . .	42	5,7	21	7,3
Притупление	23	3,1	15	5,0
Всего больных	406 из 736		203 из 287	

Как видно, инфильтрация является наиболее частым остаточным симптомом у выписывающихся больных.

В настоящее время в связи с преобладанием сегментарных пневмоний, значительным повышением мощности антибактериальной терапии клинические симптомы воспаления снимаются значительно раньше морфологического разрешения. Сроки пребывания в стационаре сокращаются при увеличении разрыва между клиническим и морфологическим разрешением воспаления. Тем самым создаются условия для аутоиммунной перестройки организма, поддерживающей воспаление, обуславливающей рецидивирование и переход затяжной пневмонии в хроническую. Все это подтверждает необходимость ставить в основу терапии рассасывание воспалительной инфильтрации. Практически важно повысить настороженность врачей к хронической пневмонии, чему может помочь сокращение сроков, определяющих ее формирование тремя неделями. Теоретические споры об обратимости и необратимости хронической пневмонии должны быть подчинены задачам практики. Чем раньше определяется опасность перехода в хроническое состояние, тем энергичнее должно быть и лечение в этот период. Практический опыт показывает, что чем раньше начинается применение при затянувшихся пневмониях комплексного лечения антибиотиками и преднизолоном, тем лучше результат. Так, при лечении пневмоний, затянувшихся более 3 недель, были получены следующие результаты (см. табл. 2).

У больных с длительностью воспаления от 3 недель до 3 месяцев получены наилучшие результаты при лечении антибиотиками в сочетании с гормональными препаратами. Это открывает обнадеживающие перспективы лечения хронических пневмоний в стадии воспалительного уплотнения. Наиболее успешно лечение переходного периода от затяжной к хронической пневмонии, к которому мы относим отрезок времени от

3 недель до 3 месяцев. Очевидно, что с возникновением клинически выраженных бронхоэктазий или абсцедирования радикальное лечение выходит из рамок возможностей внутренней терапии.

Таблица 2

Состояние воспалительного инфильтрата	Лечение антибиотиками и преднизолоном	Лечение только антибиотиками
Полное рассасывание	4	1
Остаточная тяжесть	7	2
Значительное уменьшение инфильтрации	8	1
Незначительное уменьшение инфильтрации	2	7
Без изменений	4	14
Общее количество больных	25	25

ВЫВОДЫ

1. Под хронической пневмонией понимается воспаление, патогенетически связанное с острой, преимущественно очаговой или обтурационной пневмонией, склонное к склерозированию, бронхоэктазиям и абсцедированию с непрерывно прогрессирующим, рецидивирующим или вялым течением.

2. Основным фактором, определяющим развитие хронической пневмонии, является остаточная инфильтрация. Отсюда в целях профилактики хронических пневмоний надлежит считать клиническим излечением состояние с полным разрешением воспалительной инфильтрации.

3. Исходя из признания обратимости хронических пневмоний в стадии воспалительного уплотнения, практически целесообразно считать затянувшиеся пневмонии переходным состоянием и относить их к хроническим при давности от 3 недель и выше.

4. Включение в хронические пневмонии бронхита с эмфиземой без воспалительных уплотнений легочной ткани нецелесообразно в связи с различными механизмами их развития. При сочетании пневмонии, бронхита и эмфиземы ведущим надлежит считать хроническую пневмонию, таящую в себе непосредственную угрозу для жизни и требующую незамедлительного лечения.

5. Пневмосклероз, обобщающий исход воспаления различной этиологии, не может заменить понятия хронической неспецифической пневмонии ни по смыслу, ни по динамике развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берлянд А. С. Врач. дело. 1954, 6. — 2. Вейнберг С. Б. Вопросы клиники и лечения заболеваний легких. Медгиз, М., 1961. — 3. Высоцкий Н. Н. Тр. Омского мед. ин-та. 1960, 27. — 4. Есипова И. К. Вопросы патологии хронических неспецифических воспалений легких. Медгиз, М., 1956. — 5. Молчанов Н. С. Врач. дело. 1964, 1. — 6. Москвичева Л. И. Клини. мед. 1961, 3. — 7. Никулин К. Г. Рентгенодиагностика и рентгенотерапия легочных заболеваний. Горький, 1940; Инфекционные и травматические пневмосклерозы. Горький, 1948; Клини. мед. 1957, 12; Тер. арх. 1962, 9. — 8. Освальд С. Современное состояние учения о хроническом бронхите. Медгиз, М. 1963. — 9. Рапопорт М. Ю. Тер. арх. 1932, 5—6. — 10. Рывкинд А. В. Клини. мед. 1963, 8. — 11. Саперов В. Н. Хронические пневмонии. Чувашиздат, Чебоксары, 1961. — 12. Сигачев В. Ф. Клини. мед. 1963, 4. — 13. Стручков В. И. Хирургия. 1958, 3. — 14. Тушинский М. Д. Раздел «Хронические пневмонии», Руководство по внутренним болезням. Медгиз, М., 1960. — 15. Хазанов А. Т. Клини. мед. 1944, 12. — 16. Чуканов В. А. Болезни легких. Медгиз, М., 1947.

Поступила 20 февраля 1964 г.