

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

С. Я. Порсева

Вторая кафедра педиатрии (зав. — доц. В. Н. Печникова)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина и отделение грудной хирургии
(зав. — канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн) дорожной клинической больницы

Термин «хроническая пневмония» объединяет такие понятия, как хронический бронхит, цирроз легких, пневмосклероз, бронхоэктатическая болезнь, аденосинусопневмопатия (последнее — по предложению Ю. Ф. Домбровской).

Клиника этих заболеваний на протяжении длительного периода времени характеризуется немногочисленными симптомами (хрипы в легких, кашель, мокрота).

По существующей классификации проф. С. П. Борисова, хроническая пневмония у детей с образованием бронхоэктазов является заключительным этапом или III стадией.

Данная классификация не является общепризнанной и встречает возражения со стороны морфологов и хирургов.

Факты, установленные Л. О. Вишневецкой и Э. Е. Фридман, пролили свет на генез бронхоэктазов.

Исследования удаленных при операции частей легких показали, что в морфологической картине заболевания доминирующая роль принадлежит изменениям бронхиального дерева. Эктазии бронхов возникают рано, а не в завершающей стадии болезни и далеко не всегда в связи с пневмосклерозом.

Для расшифровки диагноза «хроническая пневмония» не достаточно обычных клиничко-рентгенологических исследований. На сегодняшний день главным методом исследования разнообразных форм хронических поражений легких является бронхография.

По материалам клиники проф. Ю. Ф. Домбровской, диагноз направления «хроническая пневмония» подтвердился лишь у 12% больных. Следовательно, подавляющее большинство детей страдало пневмопатиями, которые обычно не сопровождаются необратимыми склеротическими изменениями в легких и имеют прямую связь с аутосенсбилизацией, исходящей из носа и глотки.

Явления аллергии в настоящее время привлекают к себе большое внимание, и педиатрам все чаще приходится встречаться с ними. К числу заболеваний, в патогенезе которых большую роль играет аллергический компонент, относится и хроническая пневмония.

Одним из важнейших и наиболее частых очагов, создающих инфекционно-аллергическое состояние организма, нужно считать такие хронические воспалительные процессы носа и глотки, как аденоиды, тонзиллиты, синуситы (Ю. Ф. Домбровская, А. К. Светлова, Н. П. Константинова, Н. А. Казакова, А. Н. Михалкина, А. П. Морозова, Г. Янева, М. Иванов, Ц. Дамянова).

Нами проведен анализ 146 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Казанской дорожной больницы.

Согласно классификации проф. С. П. Борисова, по клиничко-рентгенологическим данным была установлена хроническая пневмония в I ст. у 66, во II — у 31 и в III — у 20 детей.

В возрасте до 3 лет было 34, до 7 лет — 43, до 10 лет — 8 и старше — 32 человека.

III ст. болезни была диагностирована преимущественно у детей старшего возраста.

Как правило, пневмония была двусторонней, односторонний процесс был только у 7 человек (из 117).

Начало заболевания относится к раннему детству. У 66 детей родители датируют начало заболевания первым годом жизни, 38 заболели до 3 лет, 5 — после 5 лет и еще 5 — после 8.

У 99 детей хронические пневмонии начались после острой пневмонии затяжного характера или поздно диагностированной, или недостаточно настойчиво леченной.

Патологоанатомическими исследованиями (А. И. Струков, И. М. Кодолова) показано, что хронические воспалительные процессы развиваются в первую очередь в тех сегментах легких, которые чаще бывают поражены при острой пневмонии (т. е. S 2, 6, 9, 10).

В 1957 г. А. Ф. Доброгаева из своих наблюдений сделала вывод, что корь и коклюш, грипп обуславливают развитие тяжелых форм хронической пневмонии у 66% больных.

По нашим данным, корь — у 8, коклюш — у 2, бронхит — у 6, грипп — у одной, травма у одного ребенка послужили отправными пунктами в развитии ХНЗ/И

(т. е. хронических неспецифических заболеваний легких, как принято сейчас их называть).

Следует отметить, что возникновение хронической пневмонии после кори и коклюша имело место у больных, у которых была острая пневмония как осложнение упомянутых заболеваний.

Из 34 детей в возрасте до 3 лет у 32 были рахитические изменения скелета, из чего вытекает, что рахит предрасполагает к респираторным заболеваниям.

При осмотре лор-органов установлены тонзиллиты — у 33, аденоиды — у 8, синуситы — у 4, отиты — у 7, хронические риниты — у 5 детей. У 26,5% детей были отмечены такие проявления аллергии, как бронхиальная астма у 23 и экссудативный диатез — у 8 детей.

У 35,3% детей была выраженная эозинофилия.

У 46,1% детей при наступлении очередных рецидивов пневмонии была нормальная или субфебрильная температура, а у остальных детей повышение температуры было кратковременным.

У 59,8% детей было более пяти рецидивов, у 11,1% — более 10.

При рентгенологическом исследовании у большинства больных мы видели сосудистую реакцию корней легких, а не очаговые изменения, что характерно для аллергических реакций, местом приложения которых служат сосуды.

Значительное урежение или исчезновение рецидивов наступало после 7—10 лет в связи с возрастной перестройкой реактивности детского организма.

Волнообразное течение хронической пневмонии, двусторонняя локализация процесса, выраженная сосудистая реакция легких, эозинофилия, случаи самоизлечения в старшем возрасте — все это указывает на аллергическую природу заболевания.

При исследовании мазков из зева у 70 больных стрептококки выселились у 6, диплококки — у 1, непатогенная флора (кокки) — у 40, дрожжи — у 19, не выселилась флора — у 4. По всей вероятности, флора верхних дыхательных путей отличалась от микрофлоры нижележащих отделов.

Проверка чувствительности к антибиотикам показала, что у 31 больного флора оказалась нечувствительной ни к одному из антибиотиков, чувствительность к пенициллину обнаружена у 32, к стрептомицину — у 11, к левомицетину — у 26 и к биомитину — у 6 больных. При бронхографии у 85 обследованных детей бронхоэктазы обнаружены у 35, хронический бронхит — у 37, кисты — у 10.

У детей с бронхоэктазиями мы сравнительно редко встречали развернутый классический симптомокомплекс, присущий бронхоэктатической болезни взрослых.

У всех был постоянный кашель. Мокрота была преимущественно слизисто-гнойной. Гнойная мокрота отмечена у 3 детей, с ихорозным запахом — у 1, с прожилками крови — у 2. Деформация грудной клетки отмечена у 5, незначительная деформация пальцев и ногтей — у 5 детей. Легочное сердце было у одного. У 3 детей бронхоэктазы сочетались с врожденными дефектами (гигантизм, отсутствие перикарда, недоразвитие одной из грудных желез).

Хронический бронхит в сочетании с бронхоэктазиями или кистами наблюдался у 11 детей.

У 23 детей, страдающих хроническим бронхитом, на бронхограммах отчетливо выявился спастический характер бронхита, что подтверждает аллергическую настроенность организма.

Как показывают наблюдения, при хронических неспецифических заболеваниях легких у детей разнообразные изменения бронхиального дерева, выявленные при бронхоскопии, клинически протекают одинаково.

Поступила 10 октября 1964 г.

ДИФЕНИЛАМИНОВАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Асп. А. С. Амосова

Кафедра педиатрии (зав. — проф. Е. Н. Третьякова)
Башкирского медицинского института на базе дет. клинической больницы № 3
(главврач — А. И. Вецлер)

Хроническая пневмония у детей протекает нередко без выраженных клинических явлений, которые возникают лишь через несколько месяцев или даже лет. Диагностику этих скрыто протекающих процессов может облегчить применение реакций, выявляющих биохимические изменения в легочной ткани и тем самым активность легочного процесса. Одной из таких реакций является дифениламиновая.

Применение дифениламиновой реакции для определения активности легочного процесса основано на современных данных о значительных изменениях, происходящих преимущественно в основном межтучном веществе соединительной ткани при хрони-