

(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 биомидину — 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 межзудочном веществе соединительной ткани при хрони-

ческой пневмонии. Дезорганизация основного вещества соединительной ткани ведет к увеличению в сыровотке крови веществ, являющихся продуктами распада составляющих его частей — мукополисахаридов и мукопротеинов. Мукопротеины в небольшом количестве находятся в свободном виде в крови и здорового человека, но содержание их значительно возрастает при деструкции соединительной ткани. В работе С. М. Гавалова показана частота положительных дифениламиновых реакций при хронической пневмонии у детей.

Дифениламиновую реакцию мы проводили по методу Айяло, Муура и Хесса в модификации Э. Г. Ларского. Кровь для исследования брали из пальца в количестве 1 мл утром натощак.

Всего под нашим наблюдением было 110 детей с хронической пневмонией в возрасте от 4 до 15 лет. В I ст. заболевания было 49 детей, во II — 38 и в III — 23. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто (у 31,8%) наблюдался хронический тонзиллит.

Дифениламиновый показатель изучался нами у 91 больного хронической пневмонией, кроме того, было обследовано 10 здоровых детей.

Общее состояние наблюдаемых нами детей в период обострения было в основном средней тяжести, а в период ремиссии — удовлетворительным. Дети вели обычный образ жизни, соответствующий их возрасту. В анамнезе у них были пневмонии, бронхиты, катары верхних дыхательных путей. Многие дети (31,8%) отставали от сверстников в учебе на 2—3 года. Обострения легочного процесса протекали у одной группы детей с повышенной температурой, обилием катаральных явлений со стороны легких, у других же вяло, при нормальной температуре, с небольшими изменениями со стороны легких. У 20,9% детей были бронхоэктазы.

Дифениламиновый показатель в период обострения был выше нормы (более 0,200 оптической плотности) у 43 из 91 обследованного (47,2%), в период же ремиссии, когда можно думать о стихании активности легочного процесса, — у 19 из 57 обследованных (33%).

Сопоставляя величины дифениламинового показателя с клиническими, рентгенологическими и лабораторными данными, обнаружили, что наиболее высокие значения дифениламиновой реакции выявлены в период обострения легочного процесса, т. е. когда наблюдается наибольшая деструкция соединительной ткани.

В период ремиссии средние показатели настолько улучшаются, что приближаются к средним показателям у здоровых детей. Несколько иная картина получается при более детальном анализе результатов исследований. Оказывается, что средние данные отчасти маскируют отклонения показателей от нормы как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения.

Результаты дифениламиновой реакции, полученные у здоровых детей и больных хронической пневмонией, обработаны статистически. Средняя показателей оптической плотности у больных хронической пневмонией является статистически достоверной и существенно отличается от средней детей, больных хронической пневмонией в период ремиссии, и от средней здоровых детей ($P = 0,001—0,03$). Средняя больных хронической пневмонией в период ремиссии не имеет существенного отличия от средней здоровых детей ($P = 0,1$).

Сравнивая показатели дифениламиновой реакции при различных стадиях заболевания, мы обнаружили, что наиболее высокий дифениламиновый показатель в период обострения наблюдался у больных хронической пневмонией II ст., когда наиболее выражены склеротические процессы со стороны межлунной соединительной ткани. У больных III ст., как правило, свежие деструктивные процессы в соединительной ткани выражены значительно меньше, большие поражения бронхоальвеолярной системы носят преимущественно вторичный характер и зависят в основном от механических причин, поэтому средний дифениламиновый показатель почти не отличается от среднего показателя здоровых детей.

Интересная закономерность выявлена у больных хронической пневмонией III ст. в период ремиссии. В эту группу входили дети, подвергшиеся тому или иному оперативному вмешательству на легких. Наличие у них повышенного дифениламинового показателя связано, по-видимому, с деструктивными изменениями, наблюдающимися в соединительной ткани после оперативных вмешательств на легочной ткани (рубцевание, частичная компенсаторная регенерация). Все эти средние величины дифениламинового показателя оказались статистически достоверными при всех стадиях заболевания.

Недостатком дифениламиновой реакции является невыраженная четкость перехода от нормальных показателей к патологическим. Снижается ее значение и тем, что у некоторых больных дифениламиновый показатель оказывается низким или нормальным при наличии явно активного процесса.

Однако наши наблюдения показывают, что дифениламиновая реакция может быть использована не только для определения активности легочного процесса, но до некоторой степени и для суждения о прогнозе, если учитывать не только величину, но и динамику показателей. По мере стихания легочного процесса наблюдалось его снижение и даже полная нормализация. Повышение дифениламинового показателя в период ремиссии по сравнению с периодом обострения указывало на возможность обострения.

ВЫВОДЫ

1. Дифениламиновая реакция у детей, больных хронической пневмонией, является ценным тестом для определения активности легочного процесса.

2. Средняя величина дифениламинового показателя у больных хронической пневмонией в период обострения (0,205) настолько отличается от средней величины этого показателя у здоровых детей (0,196), что отличие является статистически достоверным. Средняя величина дифениламинового показателя у больных хронической пневмонией в период ремиссии (0,180) не имеет существенного различия от средней здоровых детей.

3. Результаты дифениламиновой реакции зависят от периода заболевания: наибольший средний подъем дифениламинового показателя наблюдается в первые дни обострения, понижаясь по мере стихания остроты процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавалов С. М. Хронические неспецифические пневмонии у детей и их этапное лечение. Медгиз. М., 1961. — 2. Ларский Э. К. Лаб. дело, 1957, 4. — 3. Niazis S., State D. Cancer Research, 1948, 2.

Поступила 1 октября 1963 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АЭРОЗОЛЬНЫМИ ИНГАЛЯЦИЯМИ

И. Т. Мальцев, А. Н. Мельник, Н. А. Воронина

Омская железнодорожная клиническая больница № 2

(начальник — С. Ф. Мельник, научн. руковод. — проф. М. Э. Винников)

За последние годы количество больных, страдающих хронической пневмонией, значительно возросло, а антибиотики не стали обеспечивать при этом заболевании того эффекта, который наблюдался ранее, очевидно, в связи с изменением характера микрофлоры и повышением ее резистентности к антибиотикам. Это и побуждает искать новые методы лечения данного заболевания.

Как известно, ингаляции антибиотиков, спазмолитических и секретолизирующих веществ позволяют непосредственно воздействовать на интерорецепторы бронхов, лизировать мокроту, оказывать бактериостатическое действие на микрофлору в очаге поражения, уменьшать воспалительную отечность бронхов, не повреждая при этом функцию мерцательного эпителия. Все это должно способствовать улучшению бронхиальной проходимости и функции внешнего дыхания и облегчать состояние больных.

Мы считали целесообразным ингалировать только антибиотики, только бронхолитические вещества или секретолизирующие ферменты, как это делали другие авторы.

Поэтому мы предложили вводить следующие два комплекса лекарственных веществ. Первый комплекс включал 0,25 аминазина, 6,0 новокаина, 0,5 дипразина, 3 млн. ед. мономицина и 300 мл дистиллированной воды. На одну ингаляцию брали 30 мл указанного раствора. Все больные одновременно получали внутримышечно по 20 ед. АКТГ один раз в день. Этот комплекс применялся, как правило, больным бронхиальной астмой, астматическим бронхитом.

Второй комплекс лекарственных веществ включал 2,0 эуфиллина, 400 ед. АКТГ или 150 мг преднизона, 5,0 панкреатина, 3 млн. ед. эритромицина и 300 мл дистиллированной воды. На одну ингаляцию брали 30 мл данного раствора. Этот комплекс применялся при бронхоэктазах, пневмосклерозах, хронической пневмонии, легочном сердце.

Ингаляции проводились с помощью аэрозольного аппарата АИ-1. Каждая ингаляция продолжалась 8—12 мин.

Под нашим наблюдением было 56 мужчин и 44 женщины в возрасте от 30 до 78 лет. У 22 больных была бронхиальная астма и у 78 — хроническая пневмония, в большинстве случаев осложненная хроническим бронхитом, бронхоэктазами, пневмосклерозом и эмфиземой легких. У многих была легочное-сердечная недостаточность.

Давность заболевания до $\frac{1}{2}$ года была у 12, до 1 года — у 6, до 3 лет — у 4, до 5 лет — у 11, до 10 лет — у 27, до 20 лет — у 26 и более — у 4 больных.

Динамика основных клинических проявлений у больных до и после лечения характеризуется следующими данными.