

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАРТ
АПРЕЛЬ
1968
2

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616.24—616—053.2

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

М. Р. Рокицкий

*Клиника хирургии детского возраста (зав. — доц. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В последние годы проблемы детской пульмонологии все чаще привлекают внимание хирургов. В различных аспектах они обсуждались на Первой всесоюзной конференции детских хирургов (1965), первом симпозиуме детских хирургов Прибалтики (1967) и т. д. Тем не менее в этом обширном и важном разделе многое еще остается спорным или нерешенным. Не претендуя на широкие обобщения, мы остановимся на некоторых актуальных вопросах детской пульмонологии с позиций детского хирурга.

Проблема детской пульмонологии выходит далеко за пределы чисто педиатрической. Сопоставление данных А. И. Струкова и И. М. Кодоловой (1962), С. В. Рачинского (1965) и др. о локализации острых и хронических пневмоний детского возраста с многочисленными наблюдениями бронхоэктазий у взрослых убедительно свидетельствует о связи хронических заболеваний легких у взрослых с патологией легких у детей. Поэтому рациональное лечение острых и хронических воспалительных процессов легких у детей — это в значительной степени профилактика хронических гнойных заболеваний легких у взрослых.

Мы видим одну из важнейших задач детской пульмонологии в укреплении контактов и взаимопонимания между педиатрами и детскими хирургами. Мы имеем в виду единое понимание сущности патологического процесса, общность взглядов на показания к хирургическому лечению и определение оптимальных сроков его, совместное обсуждение и решение лечебных вопросов. К сожалению, многое здесь оставляет желать лучшего.

Единство взглядов на суть патологического процесса, а следовательно и на лечебную тактику, может быть достигнуто только на основе еди-

ной классификации гнойных заболеваний легких у детей, удовлетворяющей как педиатров, так и хирургов. Такой классификации пока нет. Хирурги обычно пользуются схемами, разработанными в легочной хирургии взрослых, дополняя и модифицируя их (П. А. Куприянов, А. П. Колесов, В. И. Кукош, В. И. Стручков и др.). Однако эти классификации, как правило, не встречаются признания у педиатров. В то же время наиболее популярная среди педиатров классификация С. П. Борисова и ее многочисленные модификации вызывают у многих хирургов-пульмонологов весьма скептическое отношение. Следует отметить, что ни в одной из этих классификаций не упоминаются деструктивные стафилококковые пневмонии — заболевание, которое в последние годы стало наиболее частой причиной операций на легких и плевре у детей младшего возраста.

Таким образом, весьма важной и неотложной задачей является широкое совместное обсуждение этой проблемы, имеющее целью разработку единой классификации нагноительных заболеваний легких у детей. Мы в своей практической работе пользовались следующей схемой, разработанной нами совместно с педиатром доктором мед. наук К. Ф. Ширяевой:

Острые заболевания

1. Стафилококковая деструкция легких.
2. Гнойный лобит.
3. Острые абсцессы легкого.
4. Гангрена легкого.
5. Острый гнойный ателектаз.

Хронические заболевания

- I. С преимущественным поражением паренхимы легких: 1. Хроническая пневмония, пневмосклерозы. 2. Хронические абсцессы легких.
- II. С преимущественным поражением бронхиальной системы: 1. Хронический гнойный бронхит. 2. Бронхостенозы. 3. Бронхоэктазии (врожденные, приобретенные).
- III. Нагноившиеся кисты легких: 1) врожденные, 2) приобретенные.
- IV. Нагноения в аномально развитом легком: 1. Гипогенезии легкого. 2. Секвестрация легкого. 3. Добавочные доли легкого.

Как и всякая схема, приведенная классификация не свободна от недостатков. Если она послужит поводом для обсуждения этой проблемы, наша цель будет достигнута. Отметим, что классификация подчинена чисто практическим целям — облегчению тактических решений для практического врача.

Дальнейшее обсуждение проблемы целесообразно проводить применительно к наиболее часто встречающимся заболеваниям легких у детей. Не будет преувеличением сказать, что острые деструктивные стафилококковые пневмонии (стафилококковые деструкции легких) и их плевральные осложнения в последние годы стали основным вопросом пульмонологии младшего детского возраста. Быстрый рост заболеваемости, крайне тяжелое течение, склонность к плевральным осложнениям, высокая летальность — все это привлекает к данной проблеме внимание педиатров, хирургов, рентгенологов. В вопросах тактики при осложненных стафилококковых пневмониях одни отстаивают консервативные методы (Б. И. Осипов, В. В. Красовский), другие считают целесообразным при пиопневмотораксе производить широкую торакотомию (Я. Н. Томчин). Большинство детских хирургов придерживается более умеренных взглядов, применяя в разных соотношениях оба метода. Мы обратили внимание на своеобразное «географическое» распространение различных методов лечения: резекционные методы наиболее широко применяют хирурги Прибалтики, Белоруссии, Калининградской области, в центральных же областях нашей страны радикальные вмешательства осуществляются исключительно редко. Мы объясняем это тем, что в Белоруссии количество тяжело протекающих форм стафилококковых деструкций

легких значительно больше, чем, например, в Куйбышевской области или Татарии. Причины этого, по нашему мнению, следует искать, с одной стороны, в особенностях сенсibilизации организма, в том фоне, на котором разыгрывается стафилококковая пневмония; и, с другой стороны, в различной вирулентности и чувствительности к антибиотикам штаммов стафилококка. В условиях Белоруссии, наряду с большей частотой стафилококковых пневмоний вообще, выше процент злокачественно протекающих форм. При этом выявлялась низкая чувствительность выделенных штаммов стафилококка к антибиотикам и высокая их вирулентность. По-видимому, окончательный ответ на вопрос о различиях течения стафилококковых пневмоний могут дать широкие комплексные клинико-бактериологические и иммунологические исследования, проводимые по единому плану в различных областях страны.

Весьма важно при лечении больных со стафилококковыми деструкциями легких своевременное распознавание процесса и выбор рациональной тактики. К сожалению, часто врач (педиатр, рентгенолог, хирург) ограничивается диагнозом плеврального осложнения (эмпиема плевры, пиопневмоторакс), считая, что выявление состояния коллабированного или закрытого экссудатом легкого недоступно для рентгенологического метода. Между тем именно раннее выяснение состояния легочной паренхимы и формы поражения позволяет избрать рациональную тактику. В таких случаях мы с успехом применяем неотложное клинико-рентгенологическое исследование временно расправленного легкого: после дренирования плевральной полости в рентгенкабинете налаживается активная аспирация и в условиях временно расправленного легкого производится томография. Метод, разработанный рентгенологом И. И. Лазюк и нами, позволяет в первые часы после поступления ребенка с пиопневмотораксом установить форму поражения легкого. Нами выявлены 4 наиболее частые формы стафилококковой деструкции легких — мелкоочаговая множественная, внутрилегочная, гигантский кортикальный абсцесс и буллезная форма. Каждая из перечисленных форм имеет специфические клинико-рентгенологические проявления и требует определенной тактики. Так, наиболее доброкачественно протекает буллезная форма; особой тяжестью течения и склонностью к плевральным осложнениям отличаются внутрилегочная и мелкоочаговая множественная форма деструкции.

Врач не должен ограничивать свои диагностические поиски диагнозом плеврального осложнения. Направленное неотложное клинико-рентгенологическое исследование позволит составить тактический план с учетом формы основного патологического процесса.

Следует подчеркнуть, что воздействие на очаг не может решить всей проблемы лечения ребенка с осложненной стафилококковой пневмонией. Активная антибиотикотерапия должна умело сочетаться с полным комплексом общеукрепляющей, стимулирующей и десенсибилизирующей терапии. При этом необходимо учитывать все возрастающую устойчивость штаммов стафилококков к антибиотикам. По нашим данным, у 82—96% детей с осложненными стафилококковыми деструкциями были выделены штаммы, нечувствительные к пенициллину и стрептомицину. В то же время именно эти антибиотики наиболее часто применяются педиатрами. Пристальное внимание к детям со стафилококковыми пневмониями, своевременное рентгенологическое исследование и консультация хирурга, рациональное сочетание консервативных и хирургических методов — вот основные пути снижения летальности при этом грозном заболевании детей младшего возраста.

Следующими заболеваниями, на которых мы остановимся, являются бронхоэктазии и так называемые хронические пневмонии. До сих пор не выяснен вопрос о том, что представляют собою хронические пневмонии. Некоторые хирурги вообще отвергают эту нозологическую единицу

(П. А. Куприянов), другие ограничивают ее небольшой круг хронических легочных нагноений с характерной бронхографической картиной (склероз паренхимы, деформация бронхов). В то же время педиатры вкладывают в понятие «хроническая пневмония» значительно более широкий смысл.

Классификация С. П. Борисова, выделяющая 1, 2 и 3-ю стадии хронической пневмонии, отражает, по нашему мнению, патогенез лишь одной из многих форм бронхоэктазий. Дело, как нам кажется, не в какой-то порочности классификации, а в явно неоправданной тенденции подчинить ей все виды легочных нагноений у детей. Вольно или невольно основная масса педиатров объединяет под термином «хроническая пневмония» такие различные заболевания, как бронхоэктазии, ограниченный пневмосклероз, поликистоз, врожденные аномалии легких (гипогенезия) и т. д. Пожалуй, именно здесь терминологические разногласия наиболее часто ведут к диагностическим и тактическим ошибкам. По нашим наблюдениям, с диагнозом «хроническая пневмония» длительно лечились дети с врожденным поликистозом, бронхоэктазиями после аспирации инородных тел, хроническими абсцессами и особенно часто с бронхоэктазиями различной этиологии и протяженности. Нет необходимости доказывать обязательность консультации детским легочным хирургом детей с бронхоэктазиями, с так называемыми 2—3-й стадиями хронической пневмонии. Однако на практике это делается далеко не всегда. В таких случаях неоправданное многолетнее консервативное лечение приводит к запущенным формам заболеваний, к обширным поражениям легочной паренхимы, когда операция вынужденно будет расширенной, а иногда окажется запоздалой.

Пути практического решения этой проблемы, на наш взгляд, лежат в строгом ограничении заболеваний, относимых к группе хронических пневмоний, в большем внимании к другим формам хронических легочных нагноений со стороны педиатров, наконец в участии детских хирургов в лечении таких детей. Это участие должно проявляться в консультативных приемах детей, страдающих хроническими нагноительными заболеваниями легких (как на базе специализированной клиники, так и в форме направленных выездов в поликлиники и районы). Целесообразны периодические углубленные осмотры хирургом и рентгенологом детей, находящихся в санаториях для лечения неспецифических заболеваний легких. Наш опыт свидетельствует, что именно здесь встречаются запущенные формы поражений, подлежащие хирургическому лечению.

Решающим методом в дифференциальной диагностике бронхоэктазий и хронической пневмонии и установлении показаний к операции является бронхография. У детей мы предпочитаем пользоваться одномоментной двусторонней поднаркозной бронхографией. Но следует подчеркнуть, что это исследование может производиться только в учреждениях, располагающих кадрами квалифицированных анестезиологов и рентгенологов. Наиболее рационально осуществлять бронхографию в специализированных отделениях или клиниках, занимающихся детской легочной хирургией. Именно в этих условиях показания к бронхографии определяются наиболее квалифицированно, а само исследование обеспечивает высокое качество бронхограмм. Дело в том, что с позиций легочного хирурга недостаточно убедиться на основании бронхограмм в диагнозе бронхоэктазий. Анализируя совместно с рентгенологом данные бронхографического исследования, мы ищем ответ на следующие вопросы: характеристика и особенности патологического процесса, его точная локализация и протяженность; состояние непораженных отделов легкого, главным образом сегментов, прилежащих к патологически измененным участкам; особенности и варианты бронхиальной системы у данного больного. Соблюдение указанной последовательности при изучении бронхограмм обеспечивает методичность и полноценность анализа.

Для осуществления более тесной связи с педиатрами, своевременного отбора и комплексного бронхологического обследования детей, страдающих хроническими гнойными заболеваниями легких, целесообразно при специализированном детском хирургическом отделении или клинике, занимающихся хирургией легких, иметь детский бронхологический кабинет. Врач-бронхолог, владеющий специальными методами диагностики, сможет выполнять не только лечебно-диагностические функции, но и огромную организационно-методическую работу по осуществлению комплексного лечения детей с хроническими заболеваниями легких.

Особого внимания заслуживает группа детей, страдающих различными проявлениями бронхиальной астмы: от астматического бронхита и бронхоэктазий с астматическим компонентом до классической бронхиальной астмы. В таких случаях при неэффективности длительного консервативного лечения показана консультация детского легочного хирурга; лечебная тактика должна быть выработана в результате совместного обсуждения педиатром и хирургом всех особенностей процесса. При подозрении на бронхоэктазии с астматическим компонентом целесообразна бронхография с премедикацией и обезболиванием, проводимыми по специальной схеме. Подтверждение диагноза диктует радикальную сочетанную операцию — резекцию пораженных сегментов (возможных источников патологических импульсов) в сочетании с операцией Димитрова — Сокоди — денервацией корня легкого. В редких случаях особо тяжелого течения бронхиальной астмы допустимо удаление каротидного гломуса, однако показания к нему у детей возникают исключительно редко.

Мы не останавливаемся на многих разделах детской пульмонологии — предоперационной подготовке, особенностях хирургической техники, вопросах пластической хирургии трахеи и бронхов и т. д., ибо каждый из них заслуживает специального обсуждения. Отметим лишь, что наметившаяся в легочной хирургии тенденция к экономным резекциям может получить успешное развитие лишь при условии раннего распознавания заболевания. На начальных стадиях процесс ограничивается небольшим участком паренхимы легкого, что позволяет произвести экономную резекцию. Именно у детей имеются оптимальные условия и показания для таких операций. Не случайно в нашей клинике на 244 радикальные операции у детей в 56% выполнены экономные резекции типа сегментарных, комбинированных и атипичных, а в группе детей до 5 лет на 86 резекций эти операции составили 60,5%.

Резюмируя изложенное, можно сказать, что решение некоторых вопросов детской пульмонологии связано не только с научными изысканиями, но и с чисто практическими, организационными мероприятиями: систематическими плановыми консультативными осмотрами, созданием бронхологических кабинетов, внедрением комплексного бронхологического обследования детей с хроническими легочными заболеваниями. Первые шаги в этом направлении осуществляются клиникой хирургии детского возраста Казанского мединститута.

Успехи в любом разделе детской пульмонологии могут быть достигнуты только совместными усилиями различных специалистов: педиатров, хирургов, рентгенологов, анестезиологов. Единый комплекс диагностических и лечебных мероприятий обеспечит более раннее выявление показаний к операции, а следовательно, будут созданы условия для более экономных вмешательств. Все это приведет к уменьшению числа запущенных случаев и приблизит нас к решению важнейших проблем детской пульмонологии.
