

высокоактивный и генерализованный процесс при отсутствии должного эффекта или невозможности лечения кортикостероидными препаратами в эффективных дозах. Мы отметили, что иммуносупрессоры резко изменяют состояние системы ацетилхолин — холинэстераза, часто нормализуя его при положительном клиническом результате. По нашему мнению, негормональные иммуносупрессоры займут должное место в ряду неспецифических методов терапии болезней соединительной ткани.

Таким образом, холинергическая система вовлекается в патогенез активного ревматизма, но изменения ее в каждом конкретном случае различны, что, по всей вероятности, обусловлено многообразием вариантов течения ревматизма, особенностями реакции больного на лекарственное воздействие.

Мы выявили варианты взаимоотношений между ацетилхолином и холинэстеразой, что дало возможность выделить 4 типа реакций, соответствующих особенностям клинического течения и дающих возможность определять выбор терапии и дальнейшую программу профилактики рецидивов.

1. Реакция физиологической компенсации свойственна больным с неактивным течением ревматизма.

2. Реакция холинергической гиперергии характерна для активного течения ревматизма, хорошо поддающегося комплексной антибактериальной и неспецифической противовоспалительной терапии.

3. Холинергическая суб- и декомпенсация наблюдается при так называемом латентном течении ревматизма, склонном к длительным и частым рецидивам. При данном типе реакции лечение следует прекращать, исходя не столько из общепринятых критериев активности, сколько из показателей холинергических процессов, наиболее адекватно отражающих активность заболевания.

4. Гипозергия чаще встречается при благоприятном течении ревматизма.

В настоящее время коллектив нашей кафедры расширяет и углубляет исследования нейрогуморальной регуляции при ревматизме.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.24—002.18—053.3—089.8

ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

В. П. Поляков, В. А. Гулин, Н. Н. Ушаков, А. Г. Мунин, М. Л. Ромашова,
И. В. Янчевская

Кафедра детской хирургии (зав. — проф. В. П. Поляков) Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова, городская больница № 1 имени Н. И. Пирогова (главврач — Л. А. Бирюков) г. Куйбышева

Несмотря на известные успехи легочной хирургии в целом, лечение острых гнойных деструктивных пневмоний (ОГДП) в детском возрасте до сих пор остается легкой задачей. Сравнительно недавнее стремление к радикализму в хирургическом лечении этих заболеваний [2, 6] у большинства хирургов сменилось весьма сдержанным [4, 7] и даже отрицательным отношением к подобному решению вопроса [1, 5]. Однако различные виды резекций легких при их деструкциях до последнего времени остаются в арсенале хирургов [3, 8]. Все это побудило нас поделиться опытом лечения таких больных.

Под наблюдением с 1975 по 1982 г. находилось 842 ребенка с первичной ОГДП в возрасте от 7 дней до 14 лет. Легочная форма заболевания была у 390, легочно-плевральная — у 452 детей, причем у 190 из них выявлена наиболее тяжелая — пиопневмоторакс. У 101 больного было двустороннее поражение, у 21 ребенка заболевание легких сочеталось с гнойным перикардитом.

За последние 6 лет лечебная тактика при ОГДП видоизменялась дважды. До 1977 г. больным проводилось консервативное лечение в сочетании с дренирующими операциями при плевральных поражениях. Дети находились в обычных палатах; при инфузионной терапии в ряде случаев недостаточно учитывались физиологические и патологические потери; при антибактериальной — не всегда определялась чувствительность микрофлоры к антибиотикам, не выполнялась бронхоскопическая санация. Летальность в те годы составила 10%.

Ретроспективно следует отметить, что в тот период из-за недостатков в организации, нечеткости врачебных представлений и других причин в группу лиц с деструктивными пневмониями попадала часть больных с «обычными» пневмониями, что снижало общую летальность, особенно среди детей первого года жизни. Поскольку установить истинные соотношения сейчас уже не представляется возможным, летальность того периода условно принята за исходную.

В последующие годы совместно с педиатрами проведен ряд организационных мероприятий, способствовавших снижению частоты деструктивных форм заболевания и упорядочению госпитализации в открывшееся отделение гнойной торакальной хирургии. В реанимационном отделении больницы была открыта детская палата. С этого времени мы начали в случае необходимости «радикально» оперировать детей в острой фазе заболевания. Основным показанием к операции в тот период была неэффективность дренирования в течение 4—6 дней у больных с большими бронхиальными свищами и прогрессирующей гнойной интоксикацией. Двое детей оперированы по поводу тяжелого внутрилегочного поражения без плевральных осложнений. Показанием к операции у них явилась нарастающая, не поддающаяся коррекции интоксикация.

Всего «радикально» прооперировано 22 ребенка, 12 из которых были первого года жизни. Основной операцией была лобэктомия, сочетавшаяся с декортикацией, 2 детям выполнена сегментарная резекция, 2—пневмоабсцессотомия. Исходная тяжесть состояния больных, нередкое запаздывание со сроками оперативного вмешательства, прогрессирование гнойного процесса, осложнения, связанные с недостаточным опытом персонала по выхаживанию таких детей,— все это привело к тому, что мы потеряли 5 из 22 оперированных больных. Несмотря на улучшение качества работы в целом, данные показатели увеличили в тот период летальность до 12%, а среди детей первого года жизни — в 1,5 раза (см. табл.).

Вместе с тем упорядочение инфузионной и антибактериальной терапии и применение бронхоскопической санации позволили уже в указанный период средствами «малой» хирургии улучшить результаты лечения нескольких детей, казавшихся инкурабельными. Так, у одного из них был двусторонний пиопневмоторакс и гнойный перикардит, что исключало «радикальную» операцию. Поэтому в последующие четыре года основное внимание уделялось совершенствованию методов общеукрепляющей терапии (переливание свежезепаринизированной крови, ультрафиолетовое облучение аутокрови, применение антикоагулянтов, дезагрегантов, физиотерапевтических процедур) в сочетании с дренирующими операциями и бронхоскопическими методами санации. Операции типа декортикации и плеврэктомии производились лишь в фазе ремиссии при стойком и длительном (до полутора месяцев) нерасправлении легкого. Было выполнено 12 таких вмешательств с хорошими результатами у 11 человек.

При лечении 32 больных с гнойными лобитами у 26 с успехом использовали внутрилегочное введение антибиотиков. Курс состоял из 3—4 введений через день половины суточной дозы полусинтетических пенициллинов. Осложнений не было. У 18 больных отмечена исключительно быстрая регрессия воспалительного процесса — массивные инфильтраты рассасывались через 4—6 дней. Пребывание на койке таких больных уменьшилось на 10—12 дней.

Обязательным условием лечения острого абсцесса стали считать бронхоскопию с попыткой бужирования устья пораженного бронха и чрезбронхиальной санацией гнойной полости в легком. С первой попытки это удалось лишь у 9 из 27 детей, однако повторные бронхоскопии (до 3—4 раз с интервалом в 1—2 дня) позволили добиться санации у подавляющего большинства. Трансторакальное дренирование абсцесса было произведено лишь у 2 детей. Сроки лечения этих больных тоже сократились на 12—15 дней. При пиотораксах лечение начиналось с пункции, однако при позднем поступлении детей и выраженной интоксикации проводилось незамедлительное дренирование плевральной полости.

Наличие пиопневмоторакса являлось показанием к дренированию плевральной полости по Бюлау. Преимушество активной аспирации при небольших свищах мы не отметили, более того, при крупных она даже вредила. Если легкое имеет тенденцию к расправлению и, самое главное, уменьшается интоксикация, то, несмотря на имеющийся при напряжении и кашле ребенка сброс воздуха и гноя по дренажу, к бронхолокации мы не прибегаем в расчете на спонтанное закрытие свища.

Окклюзию бронха поролоновой пробой производим только при большом бронхиальном сбросе, вызывающем дыхательную недостаточность, нерасправление легкого и нарастание симптомов гнойной интоксикации. Данный способ применен у 18 больных, хороший эффект получен у 14 из них.

С 1977 г. в процесс лечения гнойных перикардитов, осложняющих деструктив-

ную пневмонию, мы используем раннее микродренирование по Сельдингеру. Своевременное применение этого щадящего вмешательства на фоне обычной терапии привело к тому, что из 21 больного мы потеряли только одного, в то время как в других клиниках летальность от перикардита остается высокой. Главное в этой проблеме — ранняя диагностика, которая вполне возможна при ожидании этого осложнения у тяжелобольных.

Описанный подход к лечению позволил за последние годы заметно снизить летальность при деструктивных пневмониях (см. табл.). Так, в 1982 г. из 83 леченных умер лишь один ребенок. Хотя летальность у детей первых месяцев жизни пока остается высокой, она уменьшается в связи с проводимыми профилактическими мероприятиями.

Летальность детей с острой гнойной деструктивной пневмонией в зависимости от возраста в различные периоды наблюдений

Возраст детей	Консервативная тактика (1975—1976 гг.)	Стремление к радикализму (1977—1978 гг.)	Комплексная терапия		Всего	Летальность, %
			(1979—1980 гг.)	(1981—1982 гг.)		
До 3 мес.	36	11	2	3	52	34,6
	10	6	1	1	18	
От 3 до 12 мес. . . .	67	33	26	23	149	13,4
	9	7	3	1	20	
От 1 до 3 лет	107	121	86	95	409	5,4
	2	13	5	2	22	
Старше 3 лет	38	65	63	60	226	3,1
	3	2	2	0	7	
Всего	248	230	177	181	836	8,0
	24	28	11	4	67	
Летальность, % . . .	9,7	12,2	6,2	2,2	8,0	

Примечание. В числителе — число леченных больных, в знаменателе — число умерших.

Поскольку тактика хирурга определяет не только непосредственные, но и отдаленные результаты, мы обследовали через 1,5—5 лет 93 прооперированных детей. Основное внимание уделялось выявлению хронических воспалительных заболеваний легких и восстановлению функции дыхания у детей, выписанных с неполностью расправленным легким. В комплекс исследования, кроме обычных методов, были включены рентгенопневмополиграфия, спирография, реография легких и по специальным показаниям бронхография, выполненная у 11 больных. Выявлена высокая восстановительная способность у детей. Лишь у 16 больных осталась предрасположенность к респираторным заболеваниям, что у 8 было связано с наличием нерезко выраженного деформирующего бронхита, у 7 — с хроническими воспалительными заболеваниями ЛОР-органов. Ограниченные цилиндрические бронхоэктазы в нижней доле справа обнаружены лишь у одного ребенка.

Нас особенно интересовала судьба детей, выписанных из стационара без воспалительных явлений, но с неполностью расправленным легким (фибриноторакс, остаточная плевральная полость). Перед выпиской вентилиционная способность таких легких была значительно снижена, особенно при плащевидных плевритах. У 17 из 18 детей остаточные полости исчезли в течение 3 мес. Однако плевральные наложения у больных с фибринотораксом рассасывались медленнее, полное восстановление функциональной активности было отмечено к 9—10 мес после выписки. В связи с этим мы пересмотрели показания к декорткации легкого и ее сроки. Если несколько лет назад мы оперировали в год 5—7 таких больных, то за последние 2 года прооперировано всего 2 ребенка. Операции выполнялись лишь у тех детей, у которых длительно не заживал бронхиальный свищ, что препятствовало расправлению легкого. В последнее время, благодаря проведению ранней бронхоблокации, подобные больные не встречаются.

Таким образом, резкое ограничение «радикальных» операций, особенно в острой фазе заболевания, с рациональным выбором средств «малой» хирургии позволило заметно улучшить результаты лечения больных с деструктивными пневмониями. Поскольку воздействие на очаг является у них крайне необходимым, но все же не

самым определяющим моментом, основой лечения остаются нормализация гомеостаза и активизация защитных сил организма в сочетании с адекватной антибактериальной терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойков Г. А., Абкин Д. Э. и др. В кн.: Тезисы докладов Всесоюзной конференции «Современные проблемы хирургической помощи раннего возраста». М., 1981. — 2. Гауен Я. К., Платканс Э. К., Путнискс И. Я., Добелис Я. Ж. В кн.: Тезисы докладов XXX Всесоюзного съезда хирургов. Минск, 1981. — 3. Гилевич Ю. С., Пошечников А. П., Шахьянц Ж. Г. Грудн. хир., 1982, 5. — 4. Исаков Ю. Ф., Гераськин В. И., Степанов Э. А. Стафилококковая деструкция легких у детей. М., Медицина, 1978. — 5. Куш Н. Л., Шамсиев А. М., Велигура К. С. Грудн. хир., 1980, 3. — 6. Либов С. Л., Котович Л. Е. Здрав. воохр. Белоруссии, 1963, 12. — 7. Пугачев А. Г., Гайдашев Э. А., Сотникова Г. Д. Грудн. хир., 1980, 2. — 8. Савицкий Г. А., Шторин С. Г. и др. В кн.: Вопросы торакальной и сосудистой хирургии. Красноярск, 1981.

Поступила 12 марта 1984 г.

УДК 616.25—089.85—053.3

РЕТОРАКОТОМИИ У ДЕТЕЙ

М. Р. Рокицкий, П. Н. Гребнев, Р. В. Хабибуллина, В. Н. Порываева

Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Вопросы, касающиеся повторных операций на органах грудной полости у детей, а также статистика этих осложнений освещены в литературе недостаточно. Кроме того, не систематизирована при реторакотомии и хирургическая тактика. В то же время показания к реторакотомии возникают как в экстренной ситуации, так и в плановом порядке, и хотя проводить такие операции приходится не столь часто, потенциально они всегда реальны даже для весьма авторитетных стационаров [1].

Под реторакотомией мы понимаем вынужденное повторное вмешательство на ранее оперированной половине грудной полости. В отличие от Е. А. Вагнера (1981), включающего в число реторакотомий лишь операции, выполненные по поводу ранних послеоперационных осложнений, мы подразделяем реторакотомии на ранние, отсроченные и поздние.

Ранняя реторакотомия выполняется по экстренным, нередко жизненным показаниям в течение первых суток после первого вмешательства, отсроченная — по отсроченным показаниям в сроки от 2 до 15 сут после первого вмешательства и поздняя — в плановом порядке в сроки от 6 мес и позже после основного вмешательства.

Настоящее сообщение основано на результатах анализа более 600 радикальных операций на органах грудной клетки, выполненных с 1968 по 1982 г. Произведено 38 реторакотомий: 10 ранних, 11 отсроченных и 17 поздних.

Абсолютное большинство детей оперировано по поводу бронхоэктазий различной локализации и протяженности, врожденных гипоплазий долей или легкого, поликистоза; реже — по поводу стафилококковой деструкции легкого, солитарных кист, хронических абсцессов, патологии пищевода и т. д. (табл. 1).

Анализ приведенных данных не позволяет установить связи между числом реторакотомий и ростом клинического опыта. Так, если взять все случаи реторакотомий по пятилеткам, то с 1968 по 1973 г. произведено 12 реторакотомий, в 1973—1978 гг. — 14, а в последние годы — 12. Следует отметить, что в эти числа входят и те наблюдения, где первичные операции были выполнены не в нашей клинике.

При попытке связать число реторакотомий с видом первичной операции обращает на себя внимание лишь сравнительно большое число реторакотомий после лобэктомий и билобэктомий, операций при патологии пищевода.