

ким или многим веществам различного характера. Предрасполагающими к возникновению сенсibilизации факторами являются сопутствующие заболевания пищеварительного тракта, нервной системы, фокальная инфекция, нерациональная раздражающая терапия воспалительных очагов, наличие в анамнезе гнойно-воспалительных заболеваний и др. У больных с поливалентной сенсibilизацией часто наблюдаются обострения очагов после контакта не только с вызвавшими болезнь общеизвестными аллергенами, такими как стиральные порошки, фотореактивы, краски, лаки, различные химикаты, но и с индифферентными веществами, например водой.

После мытья воспалительных очагов, даже без мыла, у больных экземой, как правило, возникает обострение болезни, понятное с позиций аутоаллергии, аутосенсibilизации организма к водорастворимым белковым компонентам кожи. При этом первоначальный очаг аллергического воспаления кожи появляется вследствие сенсibilизации к известному аллергену, например к стиральному порошку или раствору новокаина (у врача).

Наличие воспалительного очага на коже служит формированию аутоантигенов из измененных (под влиянием химических веществ и микробов) водорастворимых белков кожи. Следует учесть, что в очагах поражения кожи (в связи с нарушением защитных свойств, обилия питательных веществ для микробов и т. п.) микроорганизмов всегда больше, чем на здоровой коже. Кроме того, образованию аутоантигенов способствуют различные лекарственные препараты для наружного лечения. Их частое применение увеличивает возможности образования аутоантигенов кожи. Последние при всасывании приводят к выработке аутоантител преимущественно клеточного характера (замедленная аллергия), то есть к аутосенсibilизации к белковым компонентам кожи, наряду с сенсibilизацией к первоначальному аллергену — стиральному порошку, новокаину.

У многих больных аллергическими дерматозами нам удалось выявить аутосенсibilизацию к коже при помощи реакции бласттрансформации лимфоцитов и внутрикожных проб с экстрактами кожи и чешуек. Если такой больной вымоет очаги поражения кожи водой, произойдет обильное всасывание водорастворимых аутоантигенов кожи с последующей реакцией аутоантиген-аутоантитело, что приведет к усилению воспаления кожи в очаге, обострению болезни. Вода в данном случае является не прямым раздражителем, а растворителем аутоантигенов кожи. Аутоаллергия такого характера представляет собой обратимый процесс. А. Д. Адо считает, что при рациональном лечении со временем происходит десенсibilизация и аутоаллергия может полностью исчезнуть.

Наши исследования показывают, что если бактериальная сенсibilизация вызвана хроническими микробными очагами в коже, то она угасает у многих больных спустя 2—3 года после специфической гипосенсibilизирующей терапии соответствующими бактериальными аллергенами и рационального наружного лечения кожных очагов.

Таким образом, расширенные исследования аллергических болезней углубляют понимание сущности их развития, создают возможность разработки и внедрения в практику новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.24—002.2—018—053.3—089.8

ПАТОМОРФОЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

М. Р. Рокицкий, А. В. Акинфиев, П. Н. Гребнев, Н. Н. Молчанов,
В. Н. Порываева, Р. В. Хабибуллина, И. В. Гирфанов, А. И. Кучинская,
С. А. Михеев

Кафедра хирургии детского возраста (зав.— проф. М. Р. Рокицкий) Казанского отделения Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова,
Детская республиканская клиническая больница (главрач —
Е. В. Карпунин) МЗ ТАССР

Под патоморфозом следует понимать общие изменения заболеваемости, ряд сдвигов в общей характеристике той или иной болезни, происходящих с течением времени под влиянием экологических факторов, массовых профилактических и лечебных мероприятий, изменений социально-бытовых условий и т. д. [3].

В настоящем сообщении изложены результаты ретроспективного анализа опыта работы в детской легочной хирургии за 25 лет.

Острые гнойные заболевания легких у детей привлекли к себе повышенное внимание в конце 50-х — начале 60-х гг. В 1958 г. вышла в свет работа [10], авторы которой выражали уверенность в том, что проблемы острых нагноений легких и плевры у детей более не существует, в «эру антибиотиков это заболевание уходит в небытие». Однако не прошло и года, как в мировой медицинской печати появилось множество статей о тяжелых стафилококковых нагноениях легких и плевры у детей с летальностью до 80—95%. Какие же клинические признаки характеризовали данный процесс в те годы? Преимущественное поражение детей первого года жизни, молниеносное злокачественное течение процесса с образованием в легком обширных очагов некроза, раннее присоединение плевральных и септических осложнений, крайне высокая летальность. Течение стафилококковых деструкций легких нередко осложнялось легочными и легочно-плевральными кровотечениями, обширные бронхоплевральные свищи приводили к развитию хронических эмпием плевры. Буллезная, доброкачественная форма деструкции встречалась довольно редко. Отчетливо преобладали мелкоочаговая множественная и внутридолевая деструкции, часто осложнявшиеся тотальными пневмотораксом. Последний протекал бурно, с выраженными явлениями шока, острой дыхательной недостаточности, тяжелой интоксикации. Легочно-плевральные процессы нередко сопровождались выраженным абдоминальным синдромом [6]. Однако при анализе обзоров литературы тех лет была отмечена некоторая разница в течении стафилококковых деструкций легких: в местностях с влажным, сырым климатом (Прибалтика, Белоруссия, Ленинград) преобладало более тяжелое течение, чем в центральных и южных регионах с сухим континентальным климатом [2, 4].

На протяжении последних 20—25 лет на заболеваемость и течение острых нагноений легких влияли раннее выявление и интенсивная терапия преддеструкций (острый лобит, сливные стафилококковые пневмонии), включающая внутрилегочное введение антибиотиков, которые значительно снизили число переходов в злокачественные формы деструкции. Процесс чаще разрешается без образования полостей или с возникновением булл — наиболее доброкачественно протекающей формы деструкции. Следует отметить и значение рентгенографической диагностики, позволяющей своевременно выявлять легочные формы деструкций у детей с острыми пневмониями и начинать адекватную терапию до возникновения плевральных осложнений. Применение комплексной интенсивной терапии в сочетании с современными методами воздействия на очаг инфекции (временная бронхиальная окклюзия по Рафински — Гераськину, встречное промывание гнойных полостей и их лечение [7, 8 а, б]) почти полностью разрешили проблему бронхоплевральных коммуникаций и раннего расправления легкого, резко снизили число легочных кровотечений и практически исключили трансформацию процесса в хроническую эмпиему плевры.

Таким образом, применительно к стафилококковым деструкциям легких у детей правомочен вывод о преимущественно терапевтически обусловленном, искусственном патоморфозе, для которого характерны следующие проявления.

1. Стафилококковые деструкции легких стали значительно реже осложнять течение сливных стафилококковых пневмоний. При возникновении деструкций на фоне адекватного лечения отчетливо преобладают доброкачественные буллезные формы.

2. Наиболее тяжело, молниеносно стали протекать не деструктивные поражения легких у детей первых трех лет жизни (как это было ранее), а вторичные стафилококковые деструкции легких, осложняющие септические формы острого гематогенного остеомиелита у детей старше 7 лет.

3. Реже наблюдаются тотальные пиопневмотораксы и пиотораксы с тяжелым течением, геморрагические плевриты, легочные и легочно-плевральные кровотечения. Несколько чаще встречаются ограниченные пиопневмотораксы со «стертой» или «мягкой» [9] клинической картиной. Крайне редкими стали двусторонние пиопневмотораксы.

4. Устранена одна из наиболее отрицательных черт, ранее характеризовавших стафилококковую деструкцию легких у детей, — крайне высокая летальность, достигавшая в начале 60-х годов 80—90% и снизившаяся в начале 70-х годов до 25—45%. На протяжении последних трех лет, по данным нашей клиники, летальность при всех формах стафилококковых деструкций легких (включая вторичные) не превышает 1,2—1,5%.

Существенную эволюцию претерпел и подход к лечению этого заболевания. Благодаря применению современных методов интенсивной терапии в сочетании с разработанными в клинике модификациями способов бронхиальной окклюзии и лечения

внутрилегочных полостей нет необходимости в радикальных операциях на высоте воспалительно-некротического процесса у детей со стафилококковыми деструкциями. Единичные исключения составляют редчайшие случаи профузных легочных кровотечений или обширных внутрилегочных полостей, не поддающихся названным выше методам лечения. Рациональная терапия не только привела к значительному снижению летальности, но и позволила полностью избежать возникновения хронических эмпием плевры: за последние 6 лет в клинике не было ни одного ребенка с таким заболеванием.

Следует отметить, что приведенные выше наблюдения касаются именно стафилококковых деструкций легких. Известно, что в последние годы несколько чаще стали встречаться деструктивные процессы, вызванные иной микрофлорой или микстами, однако, по нашим данным, и сегодня стафилококковые поражения (в изолированном виде или в сочетании с другими микробами) являются преобладающими.

Хронические нагноительные заболевания легких и плевры у детей включают бронхоэктазии различной этиологии; врожденные пороки развития легких, осложненные нагноением; нагноившиеся кисты легких (первичные и вторичные); хронические абсцессы легких и хронические эмпиемы плевры.

Клиническая картина хронических нагноений легких весьма сходна, рассмотрим ее на примере самого частого заболевания — бронхоэктазий. Вот как П. А. Куприянов и А. П. Колесов [1] описывали типичную для того времени клинику бронхоэктазий: «...основные жалобы сводятся к наличию постоянного кашля с мокротой, кровохарканий, болей в груди, повышения температуры. Обычными были жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, одышку. Пальцы в форме барабанных палочек считаются классическим признаком бронхоэктазий». Несколько позже С. Л. Либов и К. Ф. Ширяева [2] подчеркивали два характерных признака хронических нагноений: упорный кашель с выделением мокроты (до 100—300 мл в сутки) и частые обострения болезни. Авторы также указывали на утолщение пальцев в виде барабанных палочек, разнообразные деформации грудной клетки, отмечая частоту поражения паренхиматозных органов вплоть до амилоидоза. Среди рентгенологических признаков бронхоэктазий большинство авторов называет деформацию легочного рисунка с наличием ячеистости, полостей, теней ателектазов, смещения средостения.

Наши наблюдения, относящиеся к периоду становления детской пульмонологической службы в г. Казани и ТАССР (1967—1970 гг.), подтверждают, что для большинства выявленных тогда больных была характерна описанная выше классическая картина, а бронхографическое исследование показало распространенные, преимущественно мешотчатые, ателектатические бронхоэктазии, нередко двусторонние. Разработка и внедрение в практику единой комплексной системы обнаружения и лечения хронических нагноений легких у детей [5 а, б] привели к значительным изменениям характера и клинических проявлений бронхолегочных нагноений. Этим сдвигам способствовали следующие основные факторы: 1) участие детских хирургов-пульмонологов на всех этапах активного выявления детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (поликлиника, стационар, специализированный санаторий), проведение хирургического лечения с последующей реабилитацией в местных санаториях; 2) плановое повышение специальной квалификации педиатров в области детской пульмонологии, внедрение бронхологических обследований, разработка единой системы выявления и лечения таких детей, что привело к исчезновению случаев запущенных заболеваний, учащению раннего (в первые 1—3 года жизни) распознавания врожденных поражений легких, своевременному выполнению хирургического вмешательства; 3) решением ряда организационных вопросов (создание центра детской пульмонологии, открытие специализированных детских пульмонологических отделений, детского торакального отделения, детского пульмонологического кабинета и т. д.) в сочетании с постоянной подготовкой кадров в зоне Казанского центра детской хирургии была создана постоянно действующая единая система детской пульмонологической службы, обеспечивающая преемственность в лечении таких больных.

В типичной клинике хронических легочных нагноений следует отметить крайнюю редкость кашля с обильным отделением гнойной мокроты и кровохарканий. Пальцы в виде барабанных палочек, грубая деформация грудной клетки, признаки тяжелой одышки наблюдаются лишь у единичных больных при вовлечении в процесс всего легкого. Столь же редкими являются случаи рентгенографического выявления ячеистых полостей, почти не встречается амилоидоз паренхиматозных органов.

Клиническая картина бронхоэктазий в настоящее время характеризуется наличием сезонных обострений бронхолегочного процесса, периодического кашля со скудной мокротой, так называемым «симптомом утреннего плевка». При осмотре ребенка не потеряли своей значимости такие симптомы, как отставание пораженной половины

грудной клетки в дыхании, ее асимметричная деформация и западение, а также сужение межреберий. Эти признаки стали встречаться значительно реже, однако их отсутствие не исключает наличия бронхоэктазий. Все чаще наблюдается лишь незначительное отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания или вообще отсутствие каких-либо внешних отклонений от нормы, в то же время бронхография показывает бронхоэктазии. В таких условиях решающее значение приобретает симптом стабильной локализации хрипов, выявляемый и в период ремиссии, а также симптом смещения средостения (при ателектастических бронхоэктазиях). Наличие названных признаков в сочетании с тяжестью, деформацией легочного рисунка и смещением средостения, обнаруженными на обзорных рентгенограммах, является более чем достаточным для направления ребенка на консультацию к бронхологу.

Адекватная терапия острых гнойных заболеваний легких у детей привела в последние годы к полному исчезновению таких процессов, как хронические эмпиемы плевры и хронические абсцессы легких.

Таким образом, анализ многолетних наблюдений за детьми с острыми и хроническими нагноительными процессами в легких позволяет сделать вывод о положительном патоморфозе гнойных заболеваний легких у детей. В то же время их более легкое течение, снижение числа тяжелых осложнений, менее выраженная клиническая картина данных заболеваний ни в коем случае не должны быть поводом для ослабления внимания к этой группе больных. Острые и хронические нагноения легких у детей и при их сегодняшних проявлениях остаются серьезнейшими заболеваниями, требующими пристального внимания педиатров, рентгенологов, бронхологов, детских торакальных хирургов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куприянов П. А., Колесов А. П. В кн.: Гнойные заболевания легких и плевры. М., Медгиз, 1955.— 2. Либов С. Л., Ширяева К. Ф. Гнойные заболевания легких и плевры у детей. Л., Медицина, 1973.— 3. Милич М. В. Эволюция сифилиса. М., Медицина, 1972.— 4. Рокицкий М. Р. Грудн. хир., 1966, 4.— 5. Рокицкий М. Р., Акинфиев А. В. а) Казанский мед. ж., 1970, 4; б) Педиатрия, 1971, 9.— 6. Рокицкий М. Р., Порываева В. Н., Федотов С. Д. Там же, 1973, 9.— 7. Рокицкий М. Р., Гребнев П. Н., Акинфиев А. В. и др. В кн.: Тезисы докладов XX Всесоюзного съезда детских врачей. М., 1982.— 8. Рокицкий М. Р., Гребнев П. Н. а) В кн.: Материалы республиканского симпозиума по хирургической инфекции. Андижан, 1983; б) Клини. хир., 1984, 6.— 9. Спасокукоцкий С. И. Хирургия гнойных заболеваний легких и плевры. М., Медгиз, 1938.— 10. Liopakis B., Grav S., Skandalakis S. J. *Pediatr.*, 1958, 53, 719.

Поступила 04.12.84.

УДК 616.24—002.51+616.24—003.829+616.24—002.182+616.24—006.96+616.716.85]—02:612.215.8

ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССАХ В ЛЕГКИХ

Н. И. Егурнов, Л. А. Семенова, Е. В. Веселова, А. А. Визель

Всесоюзный научно-исследовательский институт пульмонологии (директор — чл.-корр. АМН СССР, проф. Н. В. Путов) МЗ СССР, г. Ленинград

При хронических заболеваниях легких могут возникать нарушения гемодинамики, ведущим симптомом которых является легочная гипертензия. Повышение давления в малом круге кровообращения считается основным патогенетическим фактором формирования легочного сердца, определяющим течение заболевания, а в ряде случаев и его исход [5, 6]. В последние годы большое внимание уделяется изучению гемодинамики при хронических обструктивных заболеваниях легких в отличие от заболеваний с рестриктивным типом нарушения вентиляции, который чаще возникает при диссеминированных процессах в легких.

Задачей настоящего исследования было изучение частоты и выраженности гемодинамических изменений при различных нозологических формах диссеминированных процессов в легких, а также оценка их роли в патогенезе и исходе заболевания.

Обследованы 363 больных с диссеминированными процессами в легких и 20 здоровых взрослых лиц (распределение больных по нозологическим формам приведено в табл. 1). Большинство из них (86%) были в возрасте от 20 до 60 лет, причем