

состоянии бронхиальной проходимости, общая телесная плетизмография по степени увеличения информативности занимает ведущее положение, опережая пробу Вотчала — Тиффино, пневмотахометрию и определение форсированной жизненной емкости легких. К таким же выводам пришли и другие авторы [1].

Данные ОПГ, способствуя более раннему и точному установлению степени имеющейся легочной недостаточности, позволяют с большей объективностью судить о функциональном состоянии органов дыхания и принимать необходимые решения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Замотаев И. П. Легочно-сердечная недостаточность. М., Медицина, 1978.—
2. Корзюк Л. С. Клин. мед., 1973, 3.—3. Смирнов И. П., Куренкова И. Г. Тер. арх., 1975, 3.

Поступила 5 июня 1979 г.

УДК 616.24—002.2—053.7

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Г. И. Киришин

*Кафедра факультетской терапии (зав.— проф. А. М. Корепанов) Ижевского медицинского института*

**Реферат.** Представлены данные длительного динамического наблюдения за 130 пациентами, страдавшими в детстве затяжной (32) и хронической (98) пневмонией. При обследовании в 14—30 лет 23 человека признаны здоровыми, у 107 выявлены хронические неспецифические заболевания легких, в формировании и течении которых имели значение перенесенные в детстве вирусные и бактериальные пневмонии, патология беременности и родов у матери, туберкулезный бронхоаденит; курение и малоблагоприятные условия жизни способствовали развитию тяжелых форм бронхита.

**Ключевые слова:** хроническая пневмония.

В работе поставлена цель изучить некоторые особенности течения хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) у больных молодого возраста по данным длительного динамического наблюдения.

Обследовано 130 человек в возрасте от 14 до 30 лет (лиц мужского пола — 61, женского — 69), страдавших в детстве пневмонией. Затяжная форма была у 32 из них, хроническая с деформацией бронхов — у 50 и хроническая с бронхоэктазами — у 48; 20 детей были прооперированы. Длительность наблюдения составила 10—15 лет — у 54, 16—20 — у 30, 21—25 — у 26, 26—30 — у 20. Пациентов вызывали для обследования активно, вне обострения заболевания. Жителей города Ижевска было 50, сельской местности — 80.

Для оценки течения ХНЗЛ наряду с учетом общеклинических данных проводили в динамике спирографию, полипозиционную рентгенографию, повторную бронхоскопию и бронхографию.

Из 32 больных затяжной пневмонией 18 по отсутствию жалоб, нормальным физикальным, рентгенологическим и бронхологическим данным признаны здоровыми. У остальных 14 чел., перенесших затяжную пневмонию, и у всех 50 болевших хронической пневмонией с деформацией бронхов выявлен хронический бронхит: простой — у 37, гнойный — у 10, обструктивный — у 7, гнойно-обструктивный — у 10. У всех 28 неоперированных больных хронической пневмонией с бронхоэктазами в настоящее время на фоне бронхоэктатической болезни констатирован диффузный хронический бронхит: гнойный — у 20, гнойно-обструктивный — у 8. Из всех 20 оперированных по поводу бронхоэктазов только у 5 не найдены явные признаки воспалительного процесса в бронхолегочной системе. Итак, затяжные и хронические пневмонии и бронхоэктазы у детей и подростков часто приводят к формированию в последующем хронического бронхита.

Анализ социально-эпидемиологических данных, выявленных у обследованных лиц, показал, что перенесенные в детстве корь, коклюш с последующим присоединением очаговой пневмонии явились причиной заболевания хроническим бронхитом у 12 больных и бронхоэктатической болезнью — у 35. Начало ХНЗЛ было связано с бактериальной пневмонией и последующим наслоением ОРЗ у 52 больных хроническим бронхитом и у 13 страдающих бронхоэктатической болезнью. У 38 больных хроническим бронхитом и у 31 с бронхоэктатической болезнью первое заболевание пневмонией приходится на возраст до 1 года, а у 26 больных хроническим бронхитом и у 17 с бронхоэктатической болезнью — на возраст от 1 года до 3 лет.

Из сказанного выше следует, что у многих больных причиной хронического бронхита являются перенесенные в детстве острые бактериальные пневмонии и ОРЗ. В воз-

никновении бронхоэктатической болезни у обследованного контингента больных большую роль сыграла вирусная инфекция, особенно в раннем детстве.

Следует отметить, что в формировании ХНЗЛ определенное значение может иметь патология беременности и родов у матери. Так, из 112 больных у 49 (43,7%) в анамнезе имеются указания на токсикозы у матери, на недоношенность, асфиксию плода, оперативное вмешательство в родах. Эти факторы могли способствовать развитию микро- и макроателектазов, дистелектазов в результате неполного первого вдоха с последующим присоединением инфекции. Сказанное подтверждается и тем, что среди этих 49 больных значительно преобладают страдающие бронхоэктатической болезнью (29). Определенную роль в формировании бронхоэктазов и хронического бронхита имеет туберкулезный бронхоаденит. Он присоединился к бактериальной пневмонии у 4 человек с хроническим бронхитом и у 23 с бронхоэктатической болезнью.

Заслуживает внимания тот факт, что из 112 больных только 55 жаловались на кашель или одышку, а у 57 эти симптомы были установлены лишь при тщательном целенаправленном сборании анамнеза. 36 больных указали на возникновение одышки при физической нагрузке. При обследовании у всех больных выслушивались сухие хрипы, а у больных с бронхоэктазами — и влажные. Для их выявления была необходима аускультация как в вертикальном положении, так и в положениях на спине и на боку.

В начале диспансерного наблюдения на спирограмме вентиляционная недостаточность (ВН) по рестриктивному типу была определена у 75 больных (67%), по обструктивному — у 37 (33%). При последнем обследовании ВН по рестриктивному типу установлена у 31 больного (27,7%) и по смешанному с преобладанием обструкции — у 81 (72,3%). В развитии заболевания, безусловно, наблюдается усиление и степени ВН. Так, если на исходном этапе наблюдения умеренная ВН установлена у 82 больных (73,2%) и значительная — у 30 (26,8%), то при последней спирографии у 7 (6,3%) больных выявлена резкая ВН, у 49 (43,7%) — значительная и у 56 (50,0%) — умеренная. Отмеченная динамика показателей функции внешнего дыхания свидетельствует о преимущественной локализации процесса в бронхах. Это подтверждено и бронхоскопическими данными. Катаральный эндобронхит обнаружен у 7 (15,2%) больных, гипертрофический — у 67 (59,8%) и атрофический — у 28 (25,0%). Нами выявлена также зависимость эндобронхита от жилищно-бытовых условий.

Считаем важным отметить, что из 61 мужчины 27 (44,3%) с 12—18 лет начали курить, и у них диагностирован гипертрофический гнойный бронхит.

Таким образом, у наблюдаемой группы больных молодого возраста причиной формирования хронического бронхита и бронхоэктатической болезни явились затяжные и хронические пневмонии в детстве.

## ВЫВОДЫ

1. Длительные наблюдения позволяют утверждать о гипердиагностике хронической пневмонии в детском возрасте. Затяжные и повторные острые пневмонии, очевидно, квалифицируются у ряда больных как хронические.

2. Затяжные и повторные острые пневмонии детей, особенно до 3-летнего возраста, часто являются причиной формирования хронического бронхита и бронхоэктатической болезни взрослых.

3. Формированию ХНЗЛ способствуют патология беременности и родов, ОРЗ, туберкулезный бронхоаденит. Курение и малоблагоприятные условия жизни определяют более тяжелое течение заболевания.

4. Рациональное лечение затяжных и повторных острых пневмоний, бронхоэктатической болезни детей является профилактикой ХНЗЛ взрослых.

Получила 4 декабря 1979 г.

УДК 615.281:616.24—002.2

## ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ СУЛЬФАНИЛАМИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

С. А. Матвеева

*Кафедра госпитальной терапии (зав.— доктор мед. наук Ю. А. Андрианов), кафедра фармакологии (зав.— проф. А. А. Никулин) Рязанского медицинского института им. И. П. Павлова*

**Реферат.** В сравнительном аспекте изучена фармакокинетика и клиническая эффективность сульфаниламидов (сульфадимезина и сульфамонетоксина) при лечении ими больных хронической пневмонией на фоне УФ-облучения и без него. Показано, что курсовое применение сульфаниламидов с УФ-облучением приводит к увеличению содержания их общей и свободной формы, ацетилированию их в крови, повышению