

ся консервативными мерами. Часто наблюдались токсические и аллергические реакции в связи с повторной массивной антибиотикотерапией. Все же раннее лечение с применением иммунопрепаратов, индивидуальный подбор антибактериальных средств в сочетании с пункцией гнойников позволили добиться выздоровления, но с новым формированием остаточных полостей (у 3 больных) и локального пневмосклероза (у 2). Умер 1 больной от гнойной интоксикации в связи с появлением гнойного плеврита и нагноением остаточной полости в другом легком. При местном рецидиве у 1 больного успешно проведена резекция доли легкого. Через 1—3 года после рецидива умерли еще 2 больных: один от легочного кровотечения в период обострения и нагноения остаточной полости, другой — при тяжелом течении бронхиальной астмы.

Даже эти немногочисленные наблюдения позволяют высказать предположение, что предшествующие и вновь формирующиеся буллезно-склеротические изменения после гнойно-деструктивной пневмонии ведут к формированию хронических неспецифических заболеваний легких.

У 2 человек, перенесших гнойно-деструктивную пневмонию, через 5 и 12 мес выявлен туберкулез с выделением палочек Коха. Еще у 2 больных констатируется развитие плоскоклеточного рака: у одного — через 7 лет, в стенке остаточной полости, у другого — через 4 года, в сегменте, пограничном с зоной фиброза после заживления остаточной полости.

Таким образом, у 19,7% больных с остаточными изменениями в легких после перенесенной гнойно-деструктивной пневмонии в отдаленные сроки возникли обострения и рецидивы, что ограничивает полноценную реабилитацию. Требуется длительное наблюдение за лицами, леченными консервативно по поводу острой гнойной деструкции легких, по индивидуальной программе, с обязательной рентгенографией или крупнокадровой флюорографией, анализом крови, спирографией. В настоящее время осмотр с указанным объемом исследования мы проводим через месяц после выписки, а затем ежеквартально в течение года (поликлинический этап реабилитации). Так как число лиц с остаточными полостями в легких после гнойно-деструктивных процессов довольно значительно (70,5% в наших наблюдениях), то на современном этапе развития пульмонологической помощи для таких больных следует иметь реабилитационные отделения или выделять койки для проведения курсов восстановительного лечения (ингаляции, физиотерапия, иммунизация, закаливающие процедуры, ЛФК с учетом функциональных проб) с целью предупреждения обострений и рецидивов.

Если у больных с кистоподобными полостями в легких в течение 3—6 мес появляется кашель, выделение мокроты, кровохарканье, субфебрилитет, то следует думать о формировании хронического абсцесса легкого или обострении дремлющей инфекции в прилежащих к полости участках легкого с образованием бронхоэктазов. Эти больные подлежат хирургическому лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников И. С., Вихриев Б. С. Абсцессы легких. Л., Медицина, 1973.
2. Колесов А. П., Ищенко Б. И. Грудная хир., 1978, 3.
3. Кузин М. И., Помелов В. С., Мариенберг В. А., Гузнов Г. И. Клини. мед., 1968, 12.
4. Кузюкович П. М. Грудная хир., 1978, 2.
5. Либов С. Л., Островский С. Е. Там же, 1967, 1.
6. Муромский Ю. А., Сазонов А. М., Котова О. И., Крючкова Г. С., Ляшенко В. И. Сов. мед., 1978, 4.
7. Мустафин Д. Г. Клини. мед., 1975, 12.
8. Репин Ю. М. Основы хирургической фтизиатрии. Л., Медицина, 1976.
9. Федоров Б. Д., Воль-Эпштейн Г. Л. Абсцессы легких. М., Медицина, 1976.
10. Чернобровый Н. П., Юдина Л. В., Мищенко Ф. Ф., Скакальская Л. И. Грудная хир., 1974, 4.

Поступила 14 января 1980 г.

УДК 616.24—002—053.2

О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ

А. З. Гимранова, Р. И. Шакиров, В. Г. Ворона

*Кафедра факультетской педиатрии (зав. — доц. А. З. Гимранова) Башкирского
медицинского института*

Реферат. Неспецифические факторы сопротивляемости организма детей оказались ниже при локализованной пневмонии, что можно отнести за счет частых перенесенных и сопутствующих заболеваний и рассматривать как причину декомпенсации защитных механизмов в период клинического выздоровления. При анализе историй развития детей, перенесших пневмонию, выявлены рецидивы у 30,5% детей после

локализованной и у 25,2% — после токсической формы. Следовательно, долечивание в амбулаторных условиях необходимо проводить независимо от формы перенесенной пневмонии.

Ключевые слова: острая пневмония у детей, неспецифические факторы защиты.

1 таблица.

Под нашим наблюдением находилось 667 детей, больных острой пневмонией: 622 ребенка в возрасте до 5 лет (355 — до года) и 45 — старше 5 лет. У 59,9% больных была пневмония локализованной формы, у 40,1% — токсической. 66,4% больных госпитализированы в первые 5 дней болезни, остальные — позже.

У всех детей изучали состав периферической крови. В разгаре заболевания у 46,3% больных выявлена анемия, которая в дальнейшем продолжала нарастать и обнаруживалась у половины больных в периоде клинического выздоровления. Чаше анемия развивалась при локализованной форме пневмонии, что объясняется большей частотой сопутствующих и перенесенных заболеваний в группе детей с этой формой пневмонии.

Почти у половины больных в разгаре болезни и в периоде клинического улучшения определялся лейкоцитоз, у трети он сохранялся и при клиническом выздоровлении; у 38,9% во все периоды заболевания обнаруживалась лейкопения. Следует отметить, что нейтрофильный лейкоцитоз сопровождал преимущественно токсическую форму заболевания, а лейкопения с нейтропенией — локализованную. Лимфопения, выявленная в разгаре пневмонии у 43,1% больных, в периоде клинического улучшения несколько нарастала, а к периоду клинического выздоровления сохранялась у 28,9%; лимфоцитоз регистрировался соответственно у 39%, 22,8% и 40,9% больных. У половины больных во всех периодах болезни определялась моноцитопения, которая оставалась и в периоде клинического выздоровления у 59,2% больных. Моноцитоз в разгаре болезни обнаружен у четвертой части больных. У 15,9% он сохранялся и в периоде клинического выздоровления. Среднее содержание моноцитов у большинства детей с локализованной пневмонией оказалось достоверно ниже, чем при токсической.

Уменьшение количества или отсутствие эозинофилов в разгаре заболевания выявлено у 66,1% больных. У половины детей (50,3%) этот сдвиг сохранялся и при клиническом выздоровлении. Эозинофилия в разгаре заболевания отмечалась у 22,5% больных, к периоду клинического выздоровления она констатирована у трети (31,5%) детей, чаще при локализованной форме пневмонии. У 83% больных в разгаре заболевания отмечалось увеличение СОЭ, которая у 64,7% детей составляла от 10 до 25 мм в час и в периоде клинического выздоровления.

Из изложенного видно, что при пневмонии у детей имеются значительные изменения в периферической крови, особенно выраженные при локализованной форме заболевания: у большого числа больных этой формой обнаруживалась анемия, лейкопения, моноцитопения. Лимфоцитоз свидетельствует о благоприятном исходе заболевания. Вместе с тем лимфоцитоз и эозинофилия указывают на большую аллергизацию организма у этих больных, которая объясняется частотой перенесенных и сопутствующих заболеваний. Увеличение СОЭ у значительного числа больных и нарастание лейкоцитоза и нейтрофилеза у части из них говорят об остаточных явлениях в бронхолегочной системе при клиническом выздоровлении.

У 132 больных мы определяли лимфоцитарный и ядерный индексы нейтрофилов, а также содержание комплемента и пропердина в сыворотке крови. Оказалось, что лимфоцитарный и ядерный индексы чаще были снижены при локализованной пневмонии; это свидетельствует о слабой реакции организма на инфекцию, о снижении компенсаторных механизмов.

В разгаре заболевания у одной трети больных комплементарная активность сыворотки крови была снижена как при токсической (32,6%), так и при локализованной (31,9%) формах пневмонии. К периоду клинического выздоровления снижение уровня комплемента наблюдалось у 55,6% больных, преимущественно при локализованной форме (62,9%).

Титр комплемента сыворотки крови в разгаре пневмонии был повышен лишь у четвертой части больных.

Содержание комплемента при локализованной пневмонии во всех возрастных группах к периоду клинического выздоровления было низким (см. таблицу). В разгаре пневмонии снижение титра пропердина сыворотки крови обнаружено у 64,9% больных, повышение — лишь у 8,7%.

Мы проанализировали истории развития 1449 детей в возрасте до 3 лет в консультативном отделении 34-й поликлиники г. Уфы. 280 из них (19,3%) переболели

Содержание комплемента при различных формах пневмонии

Возраст	Статистический индекс	Разгар болезни		Период улучшения		Период выздоровления	
		локализованная форма	токсическая форма	локализованная форма	токсическая форма	локализованная форма	токсическая форма
До 6 мес. . .	$M \pm m$ P	$0,03 \pm 0,007$	$0,05 \pm 0,005$ <0,05	$0,05 \pm 0,01$ >0,2	$0,03 \pm 0,004$	$0,07 \pm 0,03$	$0,03 \pm 0,01$ <0,05
6—12 мес. . .	$M \pm m$ P	$0,06 \pm 0,01$	$0,06 \pm 0,009$ >0,5	$0,04 \pm 0,01$ >0,8	$0,05 \pm 0,008$	$0,06 \pm 0,01$	$0,03 \pm 0,004$ <0,05
1—2 года . .	$M \pm m$ P	$0,05 \pm 0,005$	$0,05 \pm 0,006$ >0,9	$0,07 \pm 0,01$ <0,01	$0,03 \pm 0,008$	$0,06 \pm 0,01$	$0,08 \pm 0,01$ >0,4
2—5 лет . .	$M \pm m$ P	$0,05 \pm 0,004$	$0,06 \pm 0,008$ >0,4	$0,05 \pm 0,008$ >0,9	$0,05 \pm 0,01$		

пневмонией: 87 токсической и 193 — локализованной формой. 181 ребенок был на естественном вскармливании, 73 — на смешанном и 26 детей — на искусственном.

Анализ показал, что у детей, переболевших локализованной пневмонией, рецидивы заболевания возникли в 30,5%, а у перенесших токсическую форму — в 25,2%.

При диспансерном наблюдении отмечено, что после перенесенной пневмонии у детей сохранялась бледность и мраморность кожных покровов, «тени» под глазами, сухость кожи, гиперпигментации в области крупных суставов. Часто выявлялась анемия нормохромного типа, у некоторых детей обнаруживались небольшой нейтрофилез, увеличение СОЭ (в пределах 10—20 мм в ч), приглушение тонов сердца; нередко прослушивался систолический шум. Эти остаточные явления были выражены независимо от формы перенесенной пневмонии.

Таким образом, дети, переболевшие пневмонией, должны находиться на диспансерном учете. Независимо от перенесенной формы заболевания, необходимо проводить долечивание, делать регулярный массаж грудной клетки и гимнастику в течение месяца, постепенно увеличивать длительность пребывания пациентов на свежем воздухе. При наличии лейкопении следует назначать метилурацил, пентоксил; при гипотрофии — апилак, тиреоидин, инсулин; при анемии — витамин В₁₂, железо с алоэ, феррум-лек и другие препараты железа. С целью стимуляции неспецифических факторов защиты рекомендуется проводить инъекции экстракта алоэ по 0,5 внутримышечно до 10—15 раз, плазмолла, γ-глобулина. Из физиотерапевтических мероприятий эффективны электрофорез с хлористым калием, аскорбиновой и никотиновой кислотами. Можно рекомендовать настои трав — мать-и-мачехи, подорожника, чебреца, душицы.

Поступила 5 декабря 1978 г.

УДК 616.33—002.44—073.75

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА ДВУКОНТРАСТНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ

И. Р. Хабибуллин

Кафедра рентгенологии (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Показаны преимущества методики двуконтрастного рентгенологического исследования в выявлении поверхностных изъязвлений желудка. Приведены 2 типичные рентгенограммы.

Ключевые слова: желудок, поверхностная язва, двуконтрастное рентгенологическое исследование.

2 иллюстрации.

При исследовании рентгенологом желудка по общепринятой методике снимки дают возможность изучить рельеф слизистой, а гастрोगрамма с тугим заполнением — его контуры, что позволяет врачу определить выявленную им деструкцию слизистой как «рельеф ниши» или же как «контурную нишу». Без установления прямого симптома язвы наличие только функциональных признаков делает диагноз сомни-