

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ СЛИВНЫМИ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Проф. М. Р. Рокицкий, канд. мед. наук А. В. Акинфиев, П. Н. Гребнев,
И. В. Гирфанов, В. Н. Шатунов, А. И. Кучинская*

*Кафедра детской хирургии (зав. — проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Тру-
дового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Рассмотрены причины госпитализации детей с острыми пневмониями в детские хирургические отделения. Приведена схема комплексной терапии 65 больных острой сливной пневмонией, описана методика внутрилегочного введения антибиотиков и дана оценка этого метода, а также рекомендации для повышения эффективности терапии больных с острыми сливными инфильтративными пневмониями.

Ключевые слова: детское хирургическое отделение, пневмонии, организация лечения.

Библиография: 6 названий.

Совершенствование организации пульмонологической помощи детям приобретает в последние годы все возрастающее значение. В публикациях ряда авторов [1—4] обоснованно ставится вопрос о целесообразности преемственного комплексного лечения детей с острой бронхолегочной патологией педиатрами и детскими хирургами. Занимаясь на протяжении ряда лет вопросами рациональной организации детской хирургической службы, в том числе и пульмонологической, мы пришли к определенным выводам, которые представляем в настоящем сообщении.

Среди госпитализируемых в детские хирургические отделения детей с острой бронхолегочной патологией (с деструктивными процессами в легких, с инородными телами дыхательных путей, с пороками развития легких и т. д.) нередко встречаются больные пневмониями, не требующие каких-либо хирургических вмешательств. Причиной госпитализации больных острыми пневмониями в эти отделения является сложность дифференциальной диагностики обычных пневмоний и начинающихся деструктивных процессов в легких и, нередко, крайне тяжелое состояние, не позволяющее перевести ребенка в детское соматическое отделение.

За последние 5 лет в клинику детской хирургии Казанского медицинского института было госпитализировано 65 больных со сливной инфильтративной пневмонией (включая больных с неосложненными лобитами), что составило 7,8% от всех больных с острыми бронхолегочными заболеваниями. Лечение детей с острыми пневмониями мы проводили по применяемой в клинике схеме терапии острых гнойных заболеваний легких [5, 6]. При поступлении больным делали катетеризацию магистральных вен (чаще путем пункции подключичной вены) и приступали к внутривенному введению натриевой соли пенициллина (500 000 — 1 млн. ЕД на кг массы) или антибиотика широкого спектра действия в сочетании с нитрофуранами (фурагин К, фуразолидон) и сульфаниламидами (0,8% раствор белого стрептоцида, 5% или 10% раствор этиазола). Мы считаем обязательным сочетание внутривенного введения антибактериальных препаратов с максимальным подведением их к очагу поражения путем ингаляций и внутрилегочного вливания. Кроме того, введение антибактериальных препаратов в катетер, достигающий устья полых вен, также позволяет создавать в очаге поражения высокие концентрации антибиотиков. На фоне массивной комплексной комбинированной антибактериальной терапии проводили активную и пассивную иммунизацию (введение гаммаглобулина, стафилококкового анатоксина, прямые переливания крови), коррекцию развивающихся метаболических нарушений (введение 4% раствора гидрокарбоната натрия, 1% раствора хлористого кальция, препаратов калия, ингибиторов протеаз — трисиола и контрикала), активную инфузионную терапию, витаминотерапию, применяли сердечные средства и т. д.

Большое значение в лечении сливных инфильтративных пневмоний у детей мы придаем внутрилегочному введению антибиотиков. Техника выполнения этой процедуры проста, и она должна найти более широкое применение в лечении больных с острыми инфильтративными пневмониями в условиях педиатрических отделений.

Манипуляция проводится в положении больного на здоровом боку или полусидя. Предварительно путем изучения данных рентгенографии в прямой и боковой проек-

циях устанавливаем точку, где участки инфильтрации легочной паренхимы наиболее близко прилегают к париетальной плевре. Тонкой иглой для внутримышечных инъекций, непосредственно соединенной с одно-двухмиллиметровым шприцем с раствором антибиотика, производим пункцию по верхнему краю ребра. После ощущения «провала» иглы, соответствующего проколу межреберья и попаданию иглы в паренхиму легкого, вводим антибиотик. Появление в этот момент некоторого беспокойства ребенка и приступообразного кашля свидетельствует о введении лекарства в легочную паренхиму.

Для внутрилегочного введения мы использовали чаще всего пенициллин (до 1 млн.) и мономицин. Пункции проводили через день или ежедневно на протяжении 5—7 дней. Осложнения при внутрилегочном введении отмечены у 4 больных в виде ограниченного пневмоторакса, который был выявлен при контрольной рентгенографии и ликвидирован путем 1—2 плевральных пункций.

Применение описанного комплекса терапевтических мероприятий позволило добиться выздоровления у 62 больных (95,4%). Из 3 умерших детей (4,6%) в возрасте до 1 года был 1 ребенок, от 1 года до 2 лет — 1 и старше 2 лет — 1. Об исходной тяжести процесса и поздней госпитализации свидетельствует тот факт, что двое детей умерли в первые сутки после поступления в стационар. У всех умерших была двусторонняя очаговая пневмония, подтвержденная рентгенологически. Распространенность и запущенность процесса в легких обусловлены в известной степени и недостаточно энергичной предшествовавшей терапией в соматических отделениях.

Средняя продолжительность пребывания больного в отделении при неосложненном лобите составила 19,2 койко-дня, при инфильтративных пневмониях — 15,9 койко-дня. Низкая средняя продолжительность пребывания описанных больных на койке объясняется тем, что большинство детей после выведения их из тяжелого состояния мы переводили на долечивание в соматические отделения.

Наш опыт показывает, что при рациональной организации детской пульмонологической службы дети с острыми пневмониями, не требующими активной хирургической коррекции, могли бы находиться на лечении в педиатрических стационарах. Главной причиной поступления подобных больных в хирургические отделения являются, на наш взгляд, организационные недостатки. Приказами МЗ СССР и РСФСР предусматривается создание детских пульмонологических отделений в республиканских, городских и районных больницах, организация палат интенсивной терапии. Для координации работы в этом направлении создан Всесоюзный пульмонологический центр и сеть республиканских детских пульмонологических центров. При строгом и неукоснительном выполнении этих приказов на местах можно добиться коренного улучшения организации лечения детей с заболеваниями легких.

Анализ деятельности первых специализированных пульмонологических детских отделений в зоне Казанского центра детской хирургии (Татарская, Марийская, Чувашская, Мордовская и Удмуртская АССР) выявил следующие недостатки в их организации.

1. Иногда «пульмонологическим» называют обычное детское отделение, где сконцентрированы больные с бронхолегочной патологией, но в котором отсутствует необходимый минимум диагностической и лечебной аппаратуры, нет ингалятора, бронхоскопического кабинета, не обеспечены возможности контроля КШС, внешнего дыхания и т. д., снабжение медикаментами остается на прежнем уровне.

2. Крайне медленно внедряются в педиатрическую практику современные бронхологические методы диагностики и лечения и принципы интенсивной терапии. Исключительно редко применяются такие эффективные мероприятия, как катетеризация магистральных сосудов, бронхоскопическая санация трахеобронхиального дерева, внутрилегочное введение антибиотиков.

3. Отсутствуют квалифицированные специалисты, подготовленные на рабочих местах или курсах. В штаты этих отделений не включены врачи бронхологи и анестезиологи, аллергологи, без участия которых в процессе лечения трудно рассчитывать на успех в терапии тяжелых, нередко двусторонних и вторичных процессов в легких.

Мы полагаем, что дальнейшее снижение летальности от острых пневмоний и профилактики деструктивных процессов в легких возможны при организации детских пульмонологических отделений с правильной комплектацией их штатов, включающих бронхологов и анестезиологов, концентрации в этих отделениях специальной диагностической и лечебной аппаратуры, удовлетворении потребности отделений в необходимых медикаментах.

Необходимо ввести в практику постоянное ознакомление педиатров с новыми методами диагностики и лечения бронхолегочных процессов, проведение семинаров и циклов лекций по разбираемой проблеме, усовершенствование врачей в центральных

педиатрических клиниках или детских хирургических отделениях, имеющих опыт лечения больных с гнойными процессами в легких. Следует привлекать и детских хирургов-пульмонологов к лечению больных в детских соматических пульмонологических отделениях. Работа хирурга в педиатрическом стационаре поможет педиатрам в освоении методов интенсивной терапии, о которых говорилось выше. На следующем этапе развития пульмонологических центров эти функции могут взять на себя детские бронхологи и анестезиологи, введенные в штаты таких центров. В конечном итоге от контактов в работе врачей смежных специальностей выиграют больные дети.

Указанные пути решения разбираемой проблемы реализуются в Казанском межреспубликанском центре детской хирургии. За последние годы проведено 28 семинаров и 12 конференций по различным аспектам детской пульмонологии, включая и вопросы диагностики и лечения острых гнойных процессов в легких и плевре. Для педиатров г. Казани прочитан цикл из 20 лекций по детской пульмонологии. На рабочем месте в детском хирургическом отделении прошли специализацию 18 врачей-педиатров. Работа детских соматических отделений города проводится в тесном контакте с детской хирургической клиникой, что позволяет оперативно решать вопросы наиболее рациональной тактики при тяжелом течении острой пневмонии. Все это привело к уменьшению частоты перехода острой пневмонии в свое новое качество — деструкцию легких и к снижению летальности от них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванян А. А. Неотложная диагностика и тактика лечения острых хирургических заболеваний органов дыхания у детей. Автореф. докт. дисс., Ереван, 1974.—
2. Волкова Л. П. В кн.: Вопросы организации пульмонологической помощи больным неспецифическими заболеваниями легких в СССР. Л., 1975.—
3. Гераскин В. И. Лечение стафилококковых деструкций легких у детей. Автореф. докт. дисс., М., 1975.—
4. Плаксин Е. Д. Педиатрия, 1977, 1.—
5. Рокицкий М. Р., Ванян А. А. Клиника, диагностика и лечение стафилококковых деструкций легких у детей. Казань, 1974.—
6. Рокицкий М. Р. Неотложная пульмонология детского возраста. Л., Медицина, 1978.

Поступила 3 июня 1980 г.

УДК 616.24+616.25]—089.169.1—06

РЕТОРАКОТОМИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЕ

*Проф. Е. А. Вагнер, доц. В. Д. Фирсов, канд. мед. наук В. А. Черкасов,
П. Н. Соколов*

Клиника госпитальной хирургии (зав. — чл.-корр. АМН СССР, заслуж. деят. науки РСФСР проф. Е. А. Вагнер) Пермского медицинского института

Реферат. Частота реторакотомии после операций по поводу заболеваний легких и плевры составила 2,2% — 101 на 4537 вмешательств. Выделены 6 групп осложнений. Кровотечения в плевральную полость были у 20, гемоторакс с образованием сгустка — у 33, негерметичность остатка легкого или культи бронха — у 31, эмпиемы плевры — у 11, инородные тела — у 5 и нарушение кровотока в остатке легкого — у 1 больного. Изложены принципы диагностики, показания и особенности техники операций. У 80 больных, подвергшихся реторакотомии, получен благоприятный исход; летальность составила 20,8%. Установлена зависимость летальности, тяжести и числа осложнений от сроков повторной операции. Наилучшие результаты получены при проведении реторакотомии в 1—3-и сутки послеоперационного периода.

Ключевые слова: легкие, плевра, кровотечение, гемоторакс с образованием сгустка, эмпиема плевры, инородные тела, негерметичность легкого и культи бронха, реторакотомия.

Под реторакотомиями мы понимаем повторные незапланированные операции в грудной полости по поводу ранних послеоперационных осложнений. За 10 лет — с 1970 по 1979 г. — в клинике госпитальной хирургии Пермского медицинского института и легочно-хирургическом отделении Пермского городского противотуберкулезного диспансера по поводу заболеваний легких и плевры сделано 4537 торакотомий. У 97 больных (2,2%) ввиду острых послеоперационных осложнений сделана реторакотомия.

Осложнения, вызвавшие необходимость ранней реторакотомии, можно разделить