

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ от 20.04.99.

Проф. Н. А. Дидковский, канд. мед. наук И. К. Малащенко, канд. мед. наук Ж. Ш. Сарсания (НИИ физико-химической медицины МЗ РФ, Москва). **Респираторный хламидиоз: клиническое значение, диагностика и терапия.**

В последние годы значительно увеличилось число больных с непрерывно рецидивирующим течением хронического фарингита (ХФ), при котором общепринятая местная и антибактериальная терапия малоэффективна. При этом в бактериологическом посеве мазков из зева нередко не удается найти патогенную флору, в других случаях периодически выявляется *St. aureus*, реже — другая флора.

Проведенное иммунологическое обследование у больных с ХФ показало наличие у них не только иммунной недостаточности, но также и признаков хронической вирусной или внутриклеточной инфекции. Учитывая это, мы с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) изучили частоту встречаемости в мазках из зева больных ХФ ряда внутриклеточных возбудителей: *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Cytomegalovirus* (CMV). Обследовано 120 человек в возрасте от 16 до 62 лет, страдающих ХФ.

Было обнаружено, что в 52% случаев у больных в зева определялись *Chlamydia trachomatis*, значительно реже выявлялись другие возбудители (*Mycoplasma hominis* в 11%, *Ureaplasma urealyticum* в 12%, (CMV) в 5% случаев). Нередко обнаруживались 2 или 3 внутриклеточные инфекции, а также сочетание *Chlamydia trachomatis* с *St. aureus*. Характерная картина зева: гиперемия (нередко сладж-феномен), отечность слизистой, на дужках и языке папулезноподобные опалесцирующие элементы округлой формы около 2 мм в диаметре.

Наши дальнейшие исследования показали, что применение антихламидийных антибиотиков (в основном макролидов) на фоне индивидуально подобранной иммунокорригирующей терапии в 92% случаев приводит к иррадикации *Chlamydia trachomatis* и в 70% к ремиссии фарингита.

До недавнего времени хламидиоз считали исключительно генитальной инфекцией. Ранее в литературе описано поражение *Chlamydia trachomatis* респираторного тракта только у новорожденных и детей младшего возраста. Нами впервые показана возможность развития респираторного хламидиоза (чаще фарингита, реже бронхита), у взрослых, причем в большинстве случаев без поражения гениталий (воздушно-капельный и бытовой пути передачи). Также мы наблюдали немало случаев семейного ХФ. Нами впервые выявлена высокая частота (около 60%) встречаемости *Chlamydia trachomatis* при синдроме хронической усталости (Малащенко И.К., Дидковский Н.А. Синдром хронической усталости. Русский медицинский журнал. Т.5, №12, стр.756—762, 1997). Как оказалось нередко респираторный хламидиоз, может сочетаться с БА и утяжелять ее течение.

Существуют различные методы диагностики хламидийной инфекции, однако в настоящее время обнаружение хламидий с помощью ПЦР является наиболее распространенным и объективным методом.

В о п р о с: Какой путь передачи инфекции при респираторном хламидиозе?

О т в е т: Учитывая то, что у значительного числа наблюдаемых нами пациентов хламидии в генитальном тракте не обнаруживались, следует сделать предположение, что заражение может происходить воздушно-капельным и бытовым путем.

В о п р о с: На чем основывается диагностика респираторного хламидиоза?

О т в е т: Наличие симптомов хронического фарингита непрерывно-рецидивирующего течения (реже — трахеита, бронхита) у взрослых, страдающих вторичным иммунодефицитом, заставляет предположить данный диагноз. Оптимальным методом диагностики хламидийного фарингита является определение ДНК *Chlamydia trachomatis* в мазке из зева.

ПРОТОКОЛ 229-го ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА г.МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ от 16.02.99.

Председатель — проф. А. А. Вишневецкий, референт — проф. Н. С. Королева.

Доклады

1. А. А. Гумеров, И. А. Мамлеев, Р. Ш. Хасанов, О. Ф. Гамиров, В. В. Манушкин, В. У. Сатаев (кафедра детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа). **Видеоторакоскопические операции на легких и средостении у детей.**

В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на базе Детской республиканской больницы с сентября 1995 года выполнено 74 видеоторакоскопических операции (ВТО). Возраст больных составил от 3 до 14 лет. Виды операций: левосторонняя нижняя лобэктомия — 24, правосторонняя нижняя лобэктомия — 2, пневмонэктомия — 2, резекция язычковых сегментов — 2, биопсия ткани легкого — 19, адгезиолизис — 10, вскрытие и дренирование абсцесса легкого — 5, вскрытие и дренирование средостения при медиастините — 4, эхинококкэктомия — 2, удаление инородного тела из плевральной полости — 2, биопсия лимфоузла корня легкого — 2.

Показания к проведению видеоторакоскопической операции складываются из двух составных моментов: показаний к традиционной операции по поводу данного заболевания и возможности выполнить ее торакоскопическим путем.

Наиболее разработанной и часто выполняемой нами операцией является анатомическая видеоторакоскопическая резекция нижней доли левого легкого, поэтому наши подходы к технике видеотора-

коскопического оперирования мы бы хотели продемонстрировать на ее примере.

Противопоказания к видеоторакоскопической резекции те же, что и при традиционной торакотомии, но к ним добавляются специфические, характерные только для торакоскопических операций. Таковыми являются: во-первых — невозможность проведения односторонней вентилизации, во-вторых — индивидуальные особенности пациента, выявляемые лишь интраоперационно, а именно: облитерация плевральной полости, невыраженность или отсутствие междолевой борозды, аномалия сосудов оперируемой доли. Залогом успешного проведения ВТО является адекватное одностороннее анестезиологическое обеспечение.

Операция — торакоскопическая лобэктомия — включает в себя 5 последовательных этапов: 1) введение первого торакопорта, наложение пневмоторакса и ревизия плевральной полости; 2) установление рабочих торакопортов; 3) резекция доли; 4) удаление резецированной доли, проверка на аэро- и гемостаз; 5) установка дренажной трубки, ушивание торакарных отверстий.

Таким образом, наш опыт позволяет выделить ряд преимуществ ВТО перед традиционными торакотомиями: 1) отсутствие большого травматического доступа и быстрый подход к месту операции; 2) применение сшивающих аппаратов повышает надежность и предупреждает возникновение осложнений, связанных с несостоятельностью швов; 3) минимальная травма грудной стенки и легочной ткани обуславливает купирование болевого синдрома, раннее восстановление нормальной экскурсии грудной клетки и нормального дыхания; 4) следует отметить исключительно хороший косметический эффект, что очень

важно для растущего организма, особенно для девочек, у которых достаточно часто при некорректной боковой торакотомии отмечается недоразвитие молочной железы.

Таким образом, применение видеоторакоскопических операций в детской хирургии представляется перспективным и весьма полезным, т.к. они соответствуют основному принципу детской хирургии — щадящему отношению к органам и тканям.

На 74 операции осложнений не было. Продолжительность пребывания больного в стационаре составляла 7—8 дней. Лобэктомии выполнены, в основном, по поводу бронхоэктазов. Трижды пришлось перейти к открытым операциям. Кровопотеря была минимальной, кровь ни одному больному не переливалась, средняя продолжительность операции — около 3 часов.

2. А. Я. Самохин, О. Н. Отс, А. В. Белостоцкий, Я. В. Лазарева, В. С. Соколова, М. И. Перельман (НИИ фтизиопульмонологии ММА им.И.М.Сеченова). **Видеотехнологии в диагностике и лечении плевритов.**

В НИИ фтизиопульмонологии ММА им.И.М.Сеченова видеоторакоскопия произведена 66 больным с плевритом неясной этиологии. Среди них было 49 мужчин и 17 женщин в возрасте от 17 до 70 лет. Справа процесс локализовался у 23 больных, слева у 41, у 2 больных — с обеих сторон. Продолжительность заболевания до поступления варьировала от 2 до 9 недель. Показанием к операции явилось наличие плеврита, не поддающегося консервативному и пункционному лечению при неустановленной причине. Для видеоторакоскопических операций использовали аппаратуру фирмы "Dufner" с монитором "Sony" и набором инструментов и сшивающих аппаратов ("Dufner" и "Auto Suture"). Для плевродеза применяли АИГ-лазер фирмы "Шарплан".

Видеоторакоскопические операции, как правило, проводят под общим наркозом с отдельной вентиляцией легких. До операции пневмоторакс не накладывают. Больного укладывают на здоровый бок, как в случае выполнения стандартной торакотомии. После введения видеокамеры и осмотра плевральной полости аспирируют экссудат и намечают дополнительные места для введения торакотомии (от 1 до 3). Торакоскопическую картину надо оценивать по следующим основным признакам: 1) характер и количество экссудата; 2) состояние париетальной плевры (цвет, наличие образований, толщина); 3) состояние висцеральной плевры (цвет, податливость); 4) состояние легкого (цвет, подвижность при дыхании); 5) сращения и их вид.

Характер патологии у больных с плевритами распределился следующим образом; у 34 — установлен туберкулез, у 16 — неспецифическое воспаление, у 9 — мезотелиома, у 5 — метастазы рака, у 1 — хилоторакс вследствие лимфангиоматоза и у 1 — свернувшийся гемоторакс.

Современные возможности видеоторакоскопической техники позволяют выполнить не только диагностическую биопсию и морфологи-

чески верифицировать диагноз, но и провести лечебные оперативные манипуляции.

Только осмотр плевральной полости и биопсия легкого или плевры произведены у 32 больных. У 22 человек произвели разрушение множественных спаек с освобождением легкого, у 8 из них дополнили его частичной плеврэктомией. У 3 больных при опухолевых плевритах произведен лазерный плевродез, а у 9 больных посчитали целесообразным перейти к торакотомии.

Раннее использование видеоторакоскопии при экссудативном плеврите неясной этиологии позволяет добиться быстрого восстановления дыхательной функции и проводить патогенетическое лечение.

Ответы на вопросы

Опыта химического плевродеза не было. Перед видеоторакоскопией пытались поставить диагноз путем плевральной пункции.

Прения

А. Ф. Дронов. Доклад, представленный детскими хирургами из Уфы, очень интересен. Проблем еще много. Не удовлетворяет продолжительность операции, связанная с трудностями развертывания аппаратов в плевральной полости ребенка. Аппараты нужно совершенствовать.

В. А. Тимошенко. Представлен очень интересный опыт использования видеоторакоскопической техники у детей. В последние годы число детей с ХНЗЛ значительно уменьшилось, но они еще есть и их нужно лечить.

М. И. Перельман. Это первое заседание, на котором обсуждается видеотехнология в хирургии. Эта технология прогрессивна. Сегодня необходимо подчеркнуть важность эндоскопической хирургии, для которой появилась материальная база. Внедрение этой техники идет без существенных потерь для больных, которые сопряжены в первую очередь с опасностями кровотечения. Но прогресс очевиден. Важны дополнительные технические средства — лазер, низкочастотный ультразвук. Видеотехнология и видеохирургия оказали существенное влияние на открытую хирургию. Доступы стали менее обширными. Преимущество видеоторакоскопических операций — меньшая болезненность, на которую стали обращать особое внимание при открытых операциях. Сроки пребывания больных в стационаре уменьшились и после открытых хирургических операций. Особо эффективно сочетание видеоторакоскопических и открытых операций. Аппаратура пока импортная, что ограничивает развитие видеотехнологий. Нужно разрабатывать отечественную технику.

Следует поздравить уфимских коллег. Торакальная хирургия ушла вперед. Развивать видеоторакоскопию должна молодежь.

А. А. Витневский (Заключительное слово председателя). Доклады хорошие и правдивые. Видеоторакоскопическую технологию и хирургию нужно развивать.

Уважаемые читатели!

В предыдущем выпуске нашего журнала была допущена ошибка. В статье Емельянова А.В., Шевелева С.Э. и др. на странице 41 таблица 2 должна выглядеть следующим образом. Редакция приносит Вам свои извинения.

Таблица 2

Концентрация кортизола в плазме крови у больных астмой в процессе лечения ингаляционными глюкокортикоидами

Показатель ($M \pm m$)	Исходно (1)	Через 3 мес (2)	p_{1-2}	Через 6 мес (3)	p_{1-3}	Через 9 мес (4)	p_{1-4}
Кортизол плазмы (нмоль/л)	407,8 $\pm$ 24,9	410,5 $\pm$ 21,1	>0,05	481,6 $\pm$ 60,3	>0,05	392,6 $\pm$ 21,5	>0,05