

нальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 848.

7. Чайковская М.В., Лехнович В.М., Волкова В.К. и др. Особенности образовательных программ для детей, страдающих бронхиальной астмой и другими аллергическими заболеваниями // Там же.— № 851.
8. Dekker C. Childhood asthma and the indoor environment // Chest.— 1991.— Vol.100.— P.922—926.
9. Ringsberg K.C., Wilklund L. Education of adult patients at an "asthma-school": effects on quality of life, knowledge, and need for nursing // Eur. Respir. J.— 1990.— Vol.3.— P.33—37.
10. Taggart V.S. You can control asthma: evaluation of an asthma education program for hospitalized inner-city children // Patient. Educ. Couns.— 1991.— Vol.17.— P.35—47.

11. Taylor W.R., Newachek P.W. Impact of childhood Asthma in Health // Pediatrics.— 1992.— Vol.90, № 5.— P.657—662.
12. Van Asperen P.P., Kemp A.S., Mukhi A. Atopy in infancy predicts the severity of bronchial hyperresponsiveness in later childhood // J. Allergy Clin. Immunol.— 1990.— Vol.85.— P.790—795.
13. Wardlaw A.J. The role of air pollution in asthma // Clin. Exp. Allergy.— 1993.— Vol.23.— P.81—96.
14. Weiss K.B., Gergen P.J., Wagener D.K. Breathing better or wheezing worse? The changing epidemiology of asthma morbidity and mortality // Am. Rev. Publ. Health.— 1993.— Vol.14.— P.491—513.
15. Weitzman M., Gortmaker S., Sobol A. Racial, social and environmental risks for childhood asthma // Am. J. Dis. Child.— 1995.— Vol.144.— P.1189—1194.

Поступила 16.02.96.

## Хроника. Информация

### ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ (220-е ЗАСЕДАНИЕ) ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ И СЕКЦИИ ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ФТИЗИАТОРОВ ОТ 23.05.95

Председатель — акад.РАМН М.И.Перельман, Референт проф. Н.С.Королева

#### Доклады

1. В. И. Казакевич (МНИОИ им.П.А.Герцена). Роль эхографии при раке легкого и опухолях средостения.

Комплексное УЗИ проведено 205 больным раком легкого (центральным — 133, периферическим — 72) на аппаратах "Тошиба-90", "АЛОКА" (Япония), конвексными датчиками 3,5 МГц и линейными 5 и 7,5 МГц. Основные задачи УЗИ: 1) исследование печени, почек, надпочечников, забрюшинного пространства; 2) исследование надключичных областей для выявления поражения лимфатических узлов; 3) исследование переднего средостения для выявления поражения внутригрудных лимфатических узлов по методике K. Werneke et al.; 4) выявление жидкости в плевральных полостях; 5) определение врастания периферического рака в грудную стенку по следующим признакам: подвижность узла при дыхании, инфильтрация мягких тканей, деструкция ребер опухолью. При рентгенологическом исследовании выявляют инвазию грудной стенки реже, чем при эхографии — соответственно в 21,7 и 91,3%; 6) при центральном раке с ателектазом переднего сегмента верхней доли легкого возможна визуализация первичной опухоли и определение характера вовлечения магистральных сосудов корня легкого (сдавление, прорастание, опухолевый тромбоз) по разработанной методике. Возможны измерения расстояния от места прорастания легочной артерии до легочного ствола с выявлением вовлечения последнего; измерение расстояния от края опухолевого тромба в легочных венах до левого предсердия; выявление тромба в сердечных камерах, инфильтрации перикарда и миокарда. Данные исследований (33 пациента) совпали с операционными находками; 7) в случаях центрального и периферического рака исследование средостения пищеводным датчиком на аппарате АКУСОН 128 ХР для выявления поражения паразофагеальных и бифуркационных лимфатических узлов, их врастания в магистральные сосуды, перикард и сердце; 8) проведение прицельной диагностической пункции под контролем УЗИ для морфологической верификации выявленного очага; 9) выявление внутригрудного рецидива после пневмонэктомии. Таким образом, УЗИ — необходимый этап обследования для определения распространенности опухолевого процесса, показаний к хирургическому

лечению и планирования объема оперативного вмешательства при раке легкого, а также для динамического наблюдения.

При опухолях средостения (123 больных) УЗИ позволяет определить 1) связь опухоли с щитовидной железой; 2) жидкость в плевральных полостях и в полости перикарда; 3) соотношение опухоли с перикардом, сердцем, аортой и ее ветвями, легкими, сосудами корня легкого и грудной стенкой; 4) эффект консервативного противоопухолевого лечения. Остаточные изменения, имитирующие опухоль, могут оставаться длительное время, являясь нередко морфологически узлами фиброза или некротизированной ткани. Рецидив выглядит как узел, сходный по экзогенности с первичной опухолью. В целом УЗИ отвечает почти на все вопросы диагностики. У 28 больных с опухолями средостения на разных этапах лечения данные УЗИ подтверждены во время хирургического вмешательства.

#### Ответы на вопросы

Сегодня нельзя четко сказать — имеется гиперплазия лимфатического узла или метастатическое поражение. Минимальный размер выявляемой опухоли равен 1 см, для пункции под контролем УЗИ размер опухоли должен быть не менее 2 см. Транспищеводный датчик вводят до входа в желудок. При центральном раке транспищеводное исследование производится в положении больного на левом боку. Распространенность рака по бронху и плевре увидеть нельзя. УЗИ дает больше информации о вовлечении в процесс сосудов, чем компьютерная томография.

2. В. Н. Наумов, А. Э. Эргешов (ЦНИИТ РАМН). Эхография в комплексной диагностике туберкулеза легких и плевры.

Применение УЗИ у больных туберкулезом органов дыхания позволяет получить дополнительную информацию для выявления и дифференциальной диагностики субплеврально расположенных округлых образований, определить наличие жидкости в плевральной полости при туберкулезных плевритах, обеспечить контроль за формированием фиброторакса после пульмонэктомии у больных туберкулезом. УЗИ позволяет оценить форму, величину, контур, экзогенность, эхоструктуру, наличие или отсутствие капсулы при туберкулемах и округлых инфильтратах. Эхография в 1,8 раза чаще,

чем рентгенологическое исследование (24,3 и 13,5% соответственно), выявляла распад и колликвацию при инфильтративном туберкулезе и в 1,7 раза (34,2 и 23,5% соответственно) при туберкулемах.

Ультразвуковой метод в 7,5 раза чаще, чем рентгенологический (100 и 13,3% соответственно), позволяет выявить жидкость при ограниченных синусовых, в 3,7 раза (88,5 и 24,1% соответственно) — при базальных, междольевых, осумкованных и в 2,7 раза (100 и 44,2% соответственно) — при плащевидных плевритах. В связи с этим эхографию необходимо использовать в качестве основного диагностического метода при решении вопроса о наличии жидкости в плевральной полости.

УЗИ полости гемоторакса после пульмонэктомии у больных туберкулезом позволяет получать объективную информацию о динамике процессов, происходящих в оперированном гемотораксе, контролировать формирование фибротракса — организацию выпота во всех деталях. Время и характер появления на эхограмме различных включений, темпы их увеличения позволяют судить о неосложненном или осложненном течении послеоперационного периода, а также выявлять на самых ранних этапах развитие эмпиемы остаточной полости. Неосложненный вариант формирования фибротракса имел место у 67,7% больных преимущественно с исходным относительно стабильным течением далеко зашедшего туберкулеза легких. Осложненный эмпиемой вариант течения процесса наблюдался у 32,3% больных, главным образом с прогрессирующим течением туберкулеза до операции. Для неосложненного варианта свойственно постепенное нарастание экзогенности от 1—3 усл. ед. вначале до 18—19 усл. ед. при полном образовании фибротракса (от 1,5 до 5 мес). При осложнении эмпиемой у больных наблюдаются характерные изменения эхоструктуры и повышение экзогенности. Определение с помощью УЗИ начала возникновения эмпиемы позволило своевременно назначить оптимальное лечение и добиться у большинства больных выздоровления путем формирования фибротракса.

Таким образом, проведенное исследование показало, что эхография может служить важным методом характеристики и дифференциальной диагностики округлых, субплеврально расположенных образований легких. Этот метод может быть также с большим успехом использован для выявления жидкости в плевральной полости, в первую очередь при ее небольшом объеме и при осумкованных плевритах. И наконец, эхографическое исследование дает ценную информацию при изучении состояния гемоторакса у больных, подвергнутых оперативному вмешательству на легких по поводу тубер-

кулеза, — позволяет осуществлять контроль за формированием фибротракса и выявлять ранние признаки эмпиемы.

В. Н. Наумов (заключительное слово председателя).

Методом выбора у подобных больных является трансплантация легких. Консервативное их лечение неэффективно. И хотя ребенок умер, трансплантацией легких нужно заниматься.

#### Ответы на вопросы

УЗИ позволяет провести дифференциальный диагноз доброкачественных и злокачественных округлых образований легких. По степени экзогенности можно судить о характере экссудата в плевре — серозный, гнойный и т.д.

#### Прения

В. Н. Наумов. Ультразвуковой метод имеет большие перспективы.

В. А. Сандриков. Доклады посвящены актуальной теме, они интересны и полезны. Важно, чтобы специалист четко представлял себе анатомическую структуру органа.

И. Е. Рыкунов. При подозрении на опухоль средостения целесообразно применять интрапищеводную эхографию.

А. Х. Трахтенберг. УЗИ позволяет определить до операции прорастание опухоли перикарда и легочных сосудов. Это очень важно. Никакой другой метод подобной информации не дает. Таким образом, этот метод конкурирует с методом компьютерной томографии.

В. В. Борисов. УЗИ открывает возможности послеоперационного мониторинга при патологии легких. У этого метода большое будущее. Он должен не конкурировать с методом компьютерной томографии, а дополнять его.

В. И. Казакевич (заключительное слово докладчика).

При использовании внутривидео датчика можно дать точную информацию о состоянии лимфатических узлов области бифуркации трахеи.

М. И. Перельман (заключительное слово председателя).

Ультразвуковая диагностика имеет существенное значение в торакальной хирургии. Значение ее в настоящее время иногда принижается: действует догма, что легкие содержат воздух, поэтому недоступны для УЗИ. Впервые для диагностики заболеваний легких и плевры УЗИ применили терапевты. Контроль за количеством жидкости в плевральной полости может быть осуществлен с помощью УЗИ. Есть и другие показания. Доклады показали, что этим методом нужно пользоваться для диагностики рецидива рака в грудной стенке и культе бронха.

## ЗАСЕДАНИЕ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ ОТ 16 АПРЕЛЯ 1996 г.

Проф. Е. И. Шмелев. Современные представления об интерстициальных болезнях легких.

В докладе представлены современные данные по классификации интерстициальных болезней легких (ИБЛ), их эпидемиологии, диагностике, клинике и лечению. Особое внимание уделено освещению современных представлений об иммунопатогенезе ИБЛ, в частности, роли различных цитокинов и адгезивных молекул. Приведен современный алгоритм постановки диагноза, обсуждены разрешающие возможности клинических, рентгенологических, бронхологических и иммунологических методов. Представлена современная концепция базисной терапии основных форм ИБЛ и критерии оценки ее эффективности.

#### Ответы на вопросы

Проф. С. И. Овчаренко — Показания к плазмаферезу при ИБЛ?

О т в е т : Активный альвеолит при отсутствии "сотового" легкого.

В заключительном слове проф. Л. М. Клячкин дал высокую оценку заслушанному докладу. Он подчеркнул большую научную и практическую значимость доклада и высказал пожелание о целесообразности опубликования материалов доклада в журнале "Пульмонология".

№ 52

В. Одним из основных патогенных факторов табачного дыма, влияющих на систему местной защиты легких, является нарушение равновесия в системе протеазы-антипротеазы в пользу протеаз. Это происходит вследствие угнетения антипротеазной активности, с одной стороны, с одновременным усилением протеолиза за счет активации нейтрофилов и альвеолярных макрофагов (высвобождение эластазы) — с другой. Табачный дым не оказывает существенного влияния на SH-группы бронхиального секрета и активность арилсульфатазы лимфоцитов в БАЛЖ. Под влиянием табачного дыма происходит снижение Ig A в сыворотке крови и БАЛЖ.

№ 53

Г. Наиболее частыми этиологическими факторами бронхолегочной инфекции при хронических бронхитах являются *Str.pneumoniae*, *H.influenzae*, *Moraxella catarrhalis* в изолированном виде или в ассоциациях друг с другом. С учетом этого антимикробная терапия должна включать препараты широкого спектра действия, максимально перекрывающие указанные виды возбудителей. Таким препаратом следует считать цефаклор (верцеф, цеклор), относящийся к оральным цефалоспорином 2-го поколения наряду с цефуроксимом и цефтибутеном. Эффективность указанных препаратов составляет 80—90%, причем они высокоэффективны по отношению к возбудителям, вырабатывающим бета-лактамазу. Бензилпенициллин и эритромицин не влияют на *H.influenzae*. Тетрациклиновые антибиотики в настоящее время не являются препаратами первого ряда в лечении бронхолегочных инфекций с учетом их бактериостатического действия и высокой частоты устойчивых штаммов. Фторхинолоновые препараты, в частности ципрофлоксацин, могут использоваться у больных с обострением хронического бронхита, однако они недостаточно эффективны в отношении *Str.pneumoniae*, остающегося одним из основных инфекционных агентов у данной категории пациентов.

№ 54

В. Рене Лаэннек (1781—1826), один из основоположников клинической медицины и патологической анатомии. Пользуясь лупой, он описал морфологическую картину ряда заболеваний легких и предложил патологоанатомическую классификацию болезней легких, бронхов и плевры. Выделил в отдельную форму и дал описание эмфиземы легких (1819), что явилось важным этапом в развитии пульмонологии, хотя только спустя полтора столе-

тия были открыты патогенетические механизмы развития эмфиземы (нарушение протеазно-антипротеазного баланса)

Жан Ковизар (1755—1821), один из основателей внутренней медицины как клинической дисциплины, учитель Р.Лаэннека, лейб-медика Наполеона Бонапарта. Внес большой вклад в разработку физических методов исследования (ввел в клиническую практику перкуссию), описал перикардит, клапанные пороки сердца, предложил дифференциально-диагностические признаки лево- и правожелудочковой сердечной недостаточности.

Армон Труссо (1801—1867) — представитель клинико-описательного направления, один из основоположников учения об инфекционных болезнях. Вклад Труссо в развитие семиотики и диагностики отражен в многочисленных эпонимических названиях симптомов и синдромов. Уточнил показания к пункции полости плевры и перикарда.

Жан Шарко (1825—1893), будучи невропатологом, в ранний период деятельности изучал туберкулез, пневмонию, эмболии, ревматизм. Описал рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, спинную сухотку. Принимал участие в лечении И.С.Тургенева.

Анатоль Шоффар (1855—1932) опубликовал первое сообщение о пигментном циррозе печени (гемохроматоз), описал клинические проявления рака тела и хвоста поджелудочной железы, в том числе опоясывающие боли в верхней половине живота (форма Шоффара—Лериша), прогрессирующий полиартрит в сочетании с увеличением лимфоузлов, селезенки; обнаружил антитела в сыворотке больных приобретенной гемолитической анемией. Вслед за Минковским выделил в самостоятельное заболевание микросфероцитарную гемолитическую анемию, обратив внимание на снижение осмотической резистентности эритроцитов.

№ 55

Г. *Ps.aeruginosa* наряду с *Staph.aureus* наиболее часто выделяются из мокроты и БАЛЖ больных муковисцидозом. Высеваемость *Ps.aeruginosa* достигает по некоторым данным 80%. Колонизации респираторного тракта *Ps.aeruginosa* у данной категории пациентов способствуют вязкий бронхиальный секрет, препятствующий фагоцитозу микроорганизмов, вторичные нарушения гуморального и клеточного иммунитета и ряд факторов, секретируемых самим микроорганизмом. Хронической колонизации (постоянное выделение микроорганизма более 6 мес) может предшествовать непостоянное носительство. Основным источником инфицирования больных муковисцидозом могут быть инфицированные больные, медицинская аппаратура (аппараты для исследования

ФВД), оборудование ингаляторов, эндоскопическая аппаратура и др.).

### № 56.

А. Основным патогенетическим фактором развития туберкулеза у пожилых является реактивация ранее перенесенной туберкулезной инфекции из различных первичных очагов (туберкулезный бронхаденит, старые легочные или внелегочные туберкулезные очаги). Значительно реже возможно первичное инфицирование пожилых, например в интернатах. Приблизительно у 20% больных активным туберкулезом туберкулиновые пробы могут быть отри-

цательными вследствие имеющегося иммунодефицитного состояния (тяжелые соматические заболевания, нарушения питания и т.д.), главным образом дефицита в системе Т-клеточного звена иммунитета. Поражение легких является наиболее частой локализацией туберкулезной инфекции у пожилых, однако встречается и внелегочная локализация (лимфоузлы, серозные оболочки). Плевральный выпот не характерен для легочного туберкулеза у пожилых, хотя в редких случаях при субплевральном расположении очага он может иметь место. Возможно сочетание туберкулеза с периферическим раком легкого. "Туберкулез — хорошая подушка для рака легкого" (А.Е.Рабухин).

---

Свидетельство о регистрации № 75

Редактор *И. В. Яшина*  
Корректор *Т. Д. Малышева*

Компьютерная верстка *А. С. Василейский*  
Художественный редактор *П. П. Ефремов*

---

Подписано в печать 29.07.96. Формат 84 x 108 1/16. Печать офсет. Усл. печ. л. 8,22.  
Усл. кр.-отт. 16,80. Тираж 2000. Заказ 155.

---

ООО Научно-практический журнал «Пульмонология»  
Отпечатано АО «Рекламфильм»