

из неизвестных ранее патофизиологических механизмов рецидивирования бронхолегочных заболеваний у детей — гиперреактивность бронхов. Работа в этом направлении позволила юбиляру выделить самостоятельные клинические формы гиперреактивности бронхов. Выявлен ряд особенностей, принципиально отличающих синдром гиперреактивности бронхов от инфекционно-воспалительных бронхолегочных заболеваний.

Эти исследования избавили большую группу детей от ненужного назначения антибиотиков. Являясь пионерами в изучении влияния пассивного курения на здоровье ребенка, юбиляр и его ученики глубоко исследуют эту проблему. Широко представлены в печати и неоднократно докладывались на международных конгрессах проблемные исследования по внутриутробной сенсибилизации к лекарственным препаратам, пищевым и бытовым аллергенам; по экопульмонологической патологии.

Впервые в мировой литературе им дана сравнительная характеристика и критерии идентификации эндокринных клеток желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Под руководством профессора С.М.Гавалова выполнены и защищены 6 докторских и 39 кандидатских диссертаций.

Большую научную, лечебную, педагогическую работу С.М.Гавалов совмещает с обширной деятельностью, являясь председателем правления Научного общества детских врачей города и области, председателем Проблемной комиссии по педиатрии Новосибирского медицинского института, членом правления Всероссийского общества пульмонологов и общества детских врачей.

Свое 70-летие С.М.Гавалов встречает в расцвете творческих сил, новых научных идей и замыслов. Желаем ему крепкого здоровья, новых успехов во всей его многогранной деятельности.

*Коллектив кафедры педиатрии ФУВ
Новосибирского медицинского института,
редакция журнала "Пульмонология"*

Хроника. Информация

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ ОТ 18 ЯНВАРЯ 1994 ГОДА

Проф. А.А.Овчинников, к.м.н. О.О.Ясногородский, к.м.н. Б.М.Корнев, д.м.н. Е.А.Коган, Ю.А.Салов.
Возможности биопсии легкого при диффузных легочных заболеваниях.

Дифференциальная диагностика большинства диффузных заболеваний легких возможна лишь путем морфологического исследования легочных биоптатов, ибо клиническая и рентгенологическая картина их не имеет характерных, патогномоничных для того или иного заболевания симптомов. Биопсия легкого возможна как со стороны плевры, так и из просвета бронхов. Трансбронхиальная биопсия легкого (ТББЛ) во время бронхофиброскопии была выполнена у 165 больных с диффузными заболеваниями легких и позволила установить диагноз у 110 (66,7%) из них, а в сочетании с бронхоальвеолярным лаважем (БАЛ) — в 73,1%. Осложнения, главным образом в виде пневмоторакса и кровотечения, были отмечены в 9,1% наблюдений. Альтернативой ТББЛ явилась открытая биопсия легкого (ОБЛ), выполненная у 16 больных и позволившая установить диагноз у всех больных. Однако ОБЛ — это травматичная хирургическая операция, выполняемая путем открытой торакотомии, от которой большинство пациентов категорически отказывается. Компромиссом может служить торакоскопическая биопсия (ТБЛ), которая при выполнении с помощью кусачек чревата опасностью кровотечения и длительной разгерметизации легкого даже при последующей обработке поверхности легкого с помощью электрокоагуляции или лазера. Оптимальной методикой может считаться ТБЛ, выполняемая путем краевой резекции легкого с помощью эндоскопического степлера, позволяющего накладывать скобочные швы на края резецированной ткани. Эта методика, выполненная в клинике у 7 пациентов, имеет столь же высокую диагностическую эффективность, что и ОБЛ, но позволяет избежать широкой торакотомии и связанных с ней болевых ощущений и осложнений, а

также надежно герметизирует легкое, предотвращая возможность развития пневмоторакса и кровотечения.

Д.м.н. А.И.Синопальников, д.м.н. В.Г.Алексеев, засл. врач РФ Е.С.Тихомиров, Ю.К.Дмитриев, А.В.Безлепко.
Эндометриоз легких. Демонстрация случаев.

В докладе представлены два клинических наблюдения легочного эндометриоза, характеризовавшегося синдромом циклически повторяющегося кровохарканья, хронологически совпадающего с менструациями. Недоучет врачами на разных этапах обследования пациенток этого яркого анамнестического факта привел к тому, что от момента клинического дебюта заболевания и до его диагностики в одном случае прошло 6 месяцев, а в другом 6 лет. Анализируя литературные сведения и собственный опыт, авторы формулируют следующие опорные диагностические признаки легочного эндометриоза: а) месячные (катамениальные) кровохарканья — ведущий клинический признак заболевания; б) клиничко-инструментальные свидетельства генитального эндометриоза; в) анамнестические указания на имевшие место в дебюте заболевания гинекологические операции; г) исключение иной причины рецидивирующего кровохарканья (туберкулез, опухоль, аномалии трахеобронхиальной системы и сосудов легких); д) обнаружение в мокроте, бронхиальных смывах, биоптатах легочной ткани элементов эндометриальных желез (крайне редко); е) отчетливый терапевтический эффект гормональной терапии.

В заключительном слове акад. РАМН А.Г.Чучалин отметил высокий научный уровень и важное практическое значение биопсии легкого для диагностики диффузных заболеваний легких. Он также подчеркнул важность для практических врачей клинической демонстрации больных с эндометриозом легких, указав, что основной причиной несвоевременной диагностики является недостаточная осведомленность врачей.