

ное. Напротив, это в силу самой природы переменная величина. И если по мере развития, например, крупозной пневмонии в легких развивается распространенное опеченение, оно появляется в итоге длинной цепи взаимодействий, конечный итог которых, т. е. та форма заболевания, которую мы видим на вскрытии, не предопределена самим фактом заражения, а складывается в процессе взаимодействия возбудителя с макроорганизмом и может принять разную форму. С этой точки зрения мы по-новому осмысливаем критические замечания В. Д. Цинзерлинга [10] относительно стадийности пневмонии.

В. Д. Цинзерлинг — это ученый, внесший в изучение пневмоний гораздо больший вклад, чем другие отечественные исследователи. Поучительны не только результаты его специальных исследований, но и те методологические установки, о которых он сообщал своим сотрудникам, говоря, что современные исследователи не должны ограничиваться изучением текущей литературы. Опыт, накопленный нашими предшественниками, достаточно богат, чтобы искать в нем новые идеи и новые подходы к изучению патологических явлений. Опыт изучения пневмоний на протяжении двух столетий свидетельствует о том, что мы все еще решаем два достаточно давно поставленных вопроса: во-первых, каково строение здоровой и больной материи, и во-вторых, каково взаимодействие различных частей заболевшего организма [7]. Опыт наших предшественников неисчерпаем и, как сказал Гораций, *multa renascentur quae jam cecidere* (много может возродиться из того, что уже умерло).

ЛИТЕРАТУРА

1. Акофф Р. Л., Эмери Ф. И. О целеустремленных системах: Пер. с англ.— М., 1974.
2. Барштейн Ю. А., Ариэль Б. М. // Эпидемиологический

- процесс как социально-экологическая система.— М., 1986.— С. 120—132.
3. Блок М. Апология истории.— М.: Наука, 1973.
4. Гиппократ. Избранные книги.— М., 1936.
5. Громашевский Л. В. Избранные труды. Т. 1.— Киев, 1986.
6. Кагаров С. Основные идеи античной науки в их историческом развитии.— Харьков, 1916.
7. Плетнев Д. Д. // Клини. мед.— 1934.— № 11—12.— С. 1521—1549.
8. Рокитанский К. Руководство к частной патологической анатомии.— М., 1844.
9. Саркисов Д. С. Очерки истории общей патологии.— М.: Медицина, 1988.
10. Цинзерлинг В. Д. Вопросы патологической анатомии пневмоний.— М.; Л., 1951.
11. Anichkov N. N. // Zbl. allg. Path. path. Anat.— 1960.— Bd 101.— S. 151—159.
12. Darenberg Ch. Histoire des Sciences medicales. Vol. 2.— Paris, 1870.
13. Doerr W. // Verh. Ddsch. Ges. Path.— 1983.— Bd 67.— S. 663—684.
14. Haeser H. Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten.— 3 Aufl.— Bd 1.— Jena, 1875.
15. Laennec R. Th. H. Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur.— Paris, 1826.
16. Littré E. Dictionnaire de médecine.— Paris, 1908.
17. Morgagni D. B. De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque.— Vol. 1—2.— Venetiis, 1761.
18. Neuburger M. Geschichte der Medicin.— Bd 1.— Stuttgart, 1906.
19. Spaet F. Die geschichtliche Entwicklung des sogenannten Hippocratischen Medizin im Lichte des neuesten Forschung.— Berlin, 1897.

Поступила 17.12.90

Рецензии

© Л. М. КЛЯЧКИН, 1991

УДК 616.24-036.12-055.5/7-092:616.24-092.19(049.32)

Н. А. Дидковский, Л. И. Дворецкий.
Наследственные факторы и местная защита при неспецифических заболеваниях легких.— М.: Медицина, 1990.— 224 с.

Рецензируемая монография охватывает многочисленные механизмы местной защиты легких, как систему, всесторонне — с позиций патофизиологии, клиники, диагностики и лечения. Она написана для клиницистов — пульмонологов и терапевтов, и призвана к тому, чтобы вооружить их систематизированными представлениями о клинически значимых, но все еще мало учитываемых в широкой практике механизмов пато- и саногенеза бронхолегочных заболеваний.

В главе первой суммируются современные данные о системе местной защиты легких — факторах механической очистки трахеобронхиального дере-

ва, сурфактантной системе легких, о гуморальных и клеточных механизмах местной защиты легких, в том числе об иммуноглобулинах, системе комплемента, лизоциме и лактоферрине, фибронектине, интерфероне, ингибиторах протеаз, альвеолярных макрофагах, бронхоассоциированной лимфоидной ткани. Кратко, но с достаточной полнотой описаны особенности этих механизмов, сущность их действия, подчеркнута и проанализирована их наследственная обусловленность.

Возникают некоторые замечания терминологического плана. Бронхоальвеолярная лаважная жидкость вводится в бронхи при их промывании (лаваже). Едва ли правильно обозначать этим термином естественное жидкое содержимое бронхов (секрет, экссудат). Нужны ли англицизмы, например «динейновые ручки» (с. 7). Приведен-

ный рядом тот же термин в английской транскрипции мало что разъясняет.

Система факторов местной защиты легких непосредственно соприкасается с внешней средой, создает аэрогематический барьер, защищая не только внутреннюю среду организма, но и сам сложный и ранимый аппарат внешнего дыхания.

Глава вторая содержит анализ клинического значения нарушений местной защиты легких у больных неспецифическими заболеваниями легких (НЗЛ). Читатель узнает из этой главы, что эти нарушения отнюдь не являются казуистической редкостью, что обоснованное предположение о них может возникнуть при вдумчивом анализе клинической картины пульмонологом, осведомленным об их симптоматологии. Авторы на основании анализа литературы и большого собственного опыта характеризуют клинику всех основных синдромов, связанных с нарушением факторов местной защиты легких. Анализируются синдром цилиарной дискинезии (синдром Зиверта — Картагенера), приводятся ее диагностические критерии. Описано возникновение ателектазов в отсутствие бронхиальной обструкции при нарушениях сурфактантной системы легких. Большое внимание уделено клинике муковисцидоза взрослых, описаны его диагностические критерии. В число последних вероятно следовало бы дополнительно внести бронхоэктазы. По данным авторов (табл. 4) они наблюдались с большой частотой — у 18 из 20 наблюдавшихся авторами больных.

Среди нарушений гуморального звена местной защиты легких, наряду с клинической картиной нарушений и дефицита в системе иммуноглобулинов, лизоцима и лактоферрина, интерферона, комплемента, подробно изложена клиника дефицита альфа-1-антитрипсина и обусловленной им первичной эмфиземы легких. Одному из авторов (Н. А. Дидковскому) принадлежит приоритетное описание этого вида патологии в отечественной литературе. Хочется отметить высококвалифицированное и в то же время понятное клиницисту-практику описание сложного механизма наследования этого дефицита, значение гомо- и гетерозиготного состояния.

Стоит заострить внимание на предупреждении об опасности ингаляций трипсина у больных с дефицитом его ингибитора. Видимо, это предупреждение можно трактовать и расширительно, применяя к больным гнойным бронхитом. Известно, что ингаляции аэрозоля трипсина рекомендуются именно больным с гнойной, трудно отделяемой мокротой. Но ведь именно у этих больных повышена продукция протеолитических ферментов как бактериальными клетками, так и лейкоцитами, в то время как продукция и активность антипротеаз снижена. В этих условиях бесконтрольный поступающий в дыхательные пути экзогенный протеолитический фактор может только ускорить развитие эмфиземы.

Автор приводит интересные данные о повреж-

дающем действии на систему местной защиты легких различных медикаментов при их внелегочном поступлении. Было бы еще более интересно определить возможное побочное действие также и медикаментов, ингалируемых в виде лекарственных аэрозолей на аэрогематический барьер, в частности на систему сурфактанта и мукоцилиарный клиренс.

Практически очень важна глава третья, в которой обосновывается и излагается диагностический алгоритм поиска нарушений в системе местной защиты легких у больных НЗЛ. Импонирует клинический подход авторов, которые, располагая самыми современными методами лабораторной диагностики, тем не менее обоснованно подчеркивают информативность клинической симптоматики, разумеется не противопоставляя ее лабораторной верификации. Задача клинического наблюдения — обоснованно заподозрить наличие того или иного наследственного дефицита. Сводка этой симптоматики приводится в табл. 12. Она могла бы выиграть, если бы была построена не от типа нарушений к их симптоматике, а наоборот — от синдрома к диагностическому предположению. В таком виде она больше соответствовала бы всей логике изложения. Вместе с тем целесообразно поставить вопрос о повышении доступности специальных лабораторных методов диагностики специализированным пульмонологическим центрам.

Завершающая — четвертая — глава трактует вопросы лечения. Главное впечатление от нее — возможность достижения терапевтического эффекта. Многие больные муковисцидозом, первичной эмфиземой легких, раньше погибавшие в детстве, теперь могут выживать. Естественно, что это повышает требования к диагностике, как к клинической, так и к лабораторной. Авторы излагают все основные методы терапии нарушений местной защиты легких и их последствий, причем по большинству из них основываются на собственных данных. Характерные для всей книги высокий клиницизм и системность отразились и на содержании этой главы. Вне всякого сомнения она послужит делу внедрения в практику новых методов, в том числе и экстракорпоральных (гемосорбция, плазмаферез и др.). Новые грани приобретает трансфузионная терапия с ее иммуномодулирующим влиянием. По-видимому, серьезное будущее имеют физические методы лечения, в частности электромагнитное поле сверхвысокой частоты. Влияние его на общий иммуногенез можно считать доказанным, можно предположить, что оно окажется активным и по отношению к местному иммунитету.

Рецензируемая книга отражает не только эрудицию авторов, но и весомый, во многом приоритетный их вклад в изучение проблемы. В этой области они заслуженно пользуются высоким авторитетом. Книга написана хорошим языком, она читается с неослабевающим интересом от начала до

конца. В краткой, сжатой форме, с максимально возможной простотой, избежав в то же время популярного примитивизма, авторы изложили сложные и недостаточно известные широкой аудитории вопросы легочной патологии. Очень хорошие клинические иллюстрации, которые в концентрированной форме ярко выявляют наиболее типичные черты клинической картины, свойственной обсуждаемым нарушениям. Они имеют самостоя-

тельное значение, а для читателя-клинициста не просто иллюстративны, но и высоко информативны. Это тем более важно, что книга предназначена именно для практиков, клиницистов. И нет никакого сомнения в том, что эта монография войдет в число их настольных книг.

Доктор мед. наук профессор Л. М. Клячкин
(Москва)

Хроника. Информация

Всесоюзное и Всероссийское научные общества пульмонологов организуют 2 Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания. На Конгрессе предполагается рассмотреть широкий круг актуальных проблем легочной медицины, дать возможность специалистам из различных областей медицины, биологии и техники объединить свои усилия для разработки современных методов диагностики и лечения легочных заболеваний. Особое внимание будет уделено подготовке молодых специалистов в области пульмонологии.

Работа конгресса будет проводиться в нескольких формах: научные и клинические лекции ведущих специалистов и симпозиумы по актуальным

проблемам легочной медицины, лекции для молодых врачей и среднего медицинского персонала. Конгресс будет сопровождать международная выставка медицинского оборудования и фармакологических препаратов.

Конгресс будет проводиться в г. Челябинске 16—19 сентября 1991 г. Планируемые сроки выставки — 13—19 сентября 1991 г.

Приглашаем Вас принять участие в Конгрессе. Принимаются заявки на рекламу в изданиях Конгресса. Ждем спонсорской поддержки.

Адрес оргкомитета: 105077 Москва, 11-я Парковая ул., 32/61, ГKB 57.

Новое о лекарственных препаратах

Всесоюзный центр научно-фармацевтической информации В/О «Союзфармация» открывает рубрику **«Новое о лекарственных препаратах»**.

Наша цель — обратить внимание специалистов на новые отечественные препараты и эффективные зарубежные лекарственные средства, применяемые в пульмонологии.

Представляемые в этом номере журнала цефалоспориновые антибиотики третьего поколения (фортум, цефобид, лонгацеф) определяют современный уровень антибактериальной терапии и относятся к препаратам резерва. Они назначаются для лечения больных с тяжелыми инфекционными заболеваниями, вызванными, в основном, грамотрицательными бактериями, в том числе с тяжелыми формами бронхолегочной патологии, деструктивной пневмонией с абсцедированием, эмпиемой плевры и др.

Эти препараты выгодно отличаются от цефало-

споринов первого и второго поколений возможностью их применения у больных до получения результатов бактериологических исследований на чувствительность. Побочное действие — общее для всех цефалоспоринов. Аллергические реакции и нефротоксичность развиваются редко.

Ниже приводится информация о каждом из этих препаратов.

ФОРТУМ (FORTUM) CEFTAZIDIME**

Синонимы: Кефадим (США), Мироцеф (СФРЮ)

Бактерицидный цефалоспориновый антибиотик III поколения, устойчивый к действию большинства бета-лактамаз. Обладает высокой актив-