

снижается зависимость от гормональных воздействий, так как клетки переходят на ауто – и паракринный механизмы регуляции.

Выявление роли апоптоза и пролиферации относится к наиболее перспективному направлению в акушерстве и гинекологии, так как открывает принципиально новые возможности в консервативном лечении больных с дисгормональными, гиперпластическими и опухолевыми заболеваниями, а также в осуществлении профилактики многих гинекологических заболеваний.

КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППИРОВКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТОВ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ КЛАССИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Осин А.Я., Левина Н.Ю.

*ГОУ ВПО «Владивостокский государственный
медицинский университет (ВМГУ) Минздрава РФ»,
МУЗ «Детская городская клиническая
больница (ДГКБ)»,
Владивосток*

Неспецифические плевриты являются, как правило, тяжёлым осложнением многих заболеваний различного генеза у детей и подростков. Существующие разнообразие вызывающих их причин свидетельствует о том, что они рассматриваются специалистами разных профилей. Это в свою очередь приводит к разноречивым позициям по оценке этиологических факторов, патогенетических механизмов, клинических проявлений, диагностических возможностей и ряда других вопросов. Всё это в конечном итоге обуславливает отсутствие единых подходов и принципов классификации этого заболевания.

Цель настоящего сообщения состоит в клинической группировке форм и типов неспецифических плевритов по ряду принципов и факторов для создания основы последующей разработки классификации этого заболевания, приемлемой для детского и подросткового возраста.

На основании многолетних исследований в области пульмонологии детского возраста и клинического опыта работы с пациентами, имеющими те или иные поражения плевры, нам представилось возможным обобщить накопленные результаты по разработке группировки клинических форм неспецифических плевритов у детей и подростков.

По этиологии (этиологическим факторам и агентам) можно выделить инфекционные (бактериальные, вирусные, грибковые), паразитарные, аллергические формы, а так же плевриты при диффузных заболеваниях соединительной ткани, первичных и вторичных злокачественных новообразованиях плевры, травмах грудной клетки и других патологиях.

Для характеристики локализации поражения плевры целесообразно выделить 3 подхода:

1. по стороне поражения:
 - односторонний (право- или левосторонний),
 - двусторонний;
2. по топическим ориентирам:
 - костальный (пристеночный),

- диафрагмальный (базальный),
 - костально-базальный,
 - междолевой (интерлобарный),
 - медиастинальный;
3. по характеру локализации выпота в плевру:
 - осумкованный (фиксированный, локализованный),
 - свободный (или диффузный).

По срокам возникновения и патогенезу наблюдаются 2 основных типа плеврита:

- синпневмонический плеврит (появляется обычно в первые сутки заболевания, почти одновременно с пневмоническим процессом, не всегда выявляется из-за скудного количества экссудата или отложения фибрина на плевре и др.);

- метапневмонический плеврит (появляется обычно на 7-8-й день заболевания, возникает как осложнение острой пневмонии, развивается на фоне эффективного антибактериального лечения острой пневмонии, через 1-2 дня после нормализации температуры тела и др.).

По характеру воспаления плевры обычно диагностируют 2 формы плеврита:

- фибринозный (или сухой) плеврит,
- экссудативный (или выпотный) плеврит.

Эти формы принципиально отличаются по наличию или отсутствию экссудата в плевральной полости. Фибринозный (сухой) плеврит по топике может быть костальным, диафрагмальным, интерлобарным, осумкованный плеврит - костальным, медиастинальным, диафрагмальным.

Характер экссудата (выпота в плевру) определяет форму (характер) экссудативного (выпотного) плеврита. Поэтому принципу различают серозный, серозно-фибринозный, гнойный, гнилостный, геморрагический и смешанный экссудативный плеврит. К числу негнойных плевритов относят фибринозный и экссудативный серозный, серозно-фибринозный плеврит, а к числу гнойных плевритов – экссудативный гнойный, гнилостный, геморрагический и смешанный (или серозно-гнойный, фибринозно-гнойный) плеврит.

Кроме того, плеврит может протекать с наличием или отсутствием острой гнойной деструкции лёгких (ОГДЛ), с наличием или отсутствием нарушения целостности плевральных листков (с развитием пневмоторакса, пиопневмоторакса, гемоторакса и др.), с наличием или отсутствием свища.

По характеру течения и в зависимости от продолжительности течения плеврита выделяют:

- острый плеврит (до 1 месяца),
- подострый плеврит (чаще 1-3 месяцев)
- хронический плеврит (3-6 месяцев и более).

Следовательно, представленная клинико-патогенетическая группировка неспецифических плевритов может быть теоретико-практической платформой для дальнейшей разработки их классификаций у детей и подростков.