

острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у больных ревматизмом явилось лечение аспирином в условиях воздействия неблагоприятных метеорологических факторов. Нам кажется вероятным предположение, что аспирин, оказывая десенсибилизирующее действие, понижал резистентность организма к инфекции и некоторым видам вирусов, а также вызывал некоторую дезадаптацию организма к простуде. Это убеждает нас в необходимости пересмотра и оптимизации системы превентивной медикации у рабочих, подвергающихся длительному охлаждению. В настоящее время нами проводятся наблюдения по применению бициллинопрофилактики в комплексе с назначением делагила (хлорохина), глюконата кальция и аскорбиновой кислоты.

## ВЫВОДЫ

1. Сезонная профилактика, проводимая у рабочих, подвергающихся длительному охлаждению и воздействию контрастных температур, является эффективным методом предупреждения рецидивов ревматизма.

2. Превентивная медикация ревматизма снижает частоту ангин и обострений хронических тонзиллитов.

3. На фоне проводимой бициллино-аспириновой профилактики у рабочих, подвергающихся длительному охлаждению, частота острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей может увеличиваться, в связи с чем должны быть продолжены поиски оптимальной системы профилактической медикации ревматизма у данной категории рабочих.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Радужкевич В. П., Орман Л. М. *Вопр. ревмат.*, 1964, 2.— 2. Романенко А. П. Там же, 1967, 1.

УДК 616.233—002—616.24

## ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОГО КАШЛЯ ПРИ ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Э. А. Покровская, З. Г. Филюшина, Е. С. Парфенова*

*Клинический отдел (зав.—проф. С. И. Ашбель) Горьковского научно-исследовательского института гигиены труда и профзаболеваний*

Клиническое течение хронических инфекционно-воспалительных заболеваний легких во многом зависит от нарушения бронхиальной проходимости.

Как отмечают многие авторы, среди мер, направленных на улучшение дренажной функции бронхов, ведущее место принадлежит бронхоскопии. Мы применяли бронхоскопию в сочетании с аппаратом искусственного кашля (ИКАР-1), созданным ВНИИ медицинского инструментария и оборудования. В результате разницы давления, создаваемой искусственными кашлевыми толчками, происходит извлечение бронхиального содержимого из мелких и средних бронхов в крупные, откуда мокрота аспирируется с помощью специального отсасывающего устройства, имеющегося в аппарате.

В литературе мы не встретили данных о применении ИКАР-1 в практике лечения больных воспалительными заболеваниями легких. Эффективность лечения описанным методом изучена у 40 больных, страдающих бронхоэктатической болезнью, хроническим бронхитом, абсцессом легкого и хронической пневмонией с давностью заболевания от 1 до 20 лет. Более чем у половины больных (24 чел.) заболевание имело профессиональную этиологию и было обусловлено воздействием пылевого фактора. Больные жаловались на одышку различной степени выраженности (35 чел.). У всех больных был кашель с мокротой, суточное количество мокроты колебалось от 20 до 200 мл. Боли в различных отделах грудной клетки, общую слабость и быструю утомляемость отмечало большинство больных (32 чел.). Более чем у половины больных повышалась температура до 38°, обычно по вечерам.

У преобладающего большинства больных была эмфизема легких, краевая или умеренно выраженная, рассеянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы с преимущественной локализацией в средних и нижнебоковых отделах легких. У 7 больных установлена легочная недостаточность I ст., у 26—II ст. и у 2—III ст. (по классификации А. Г. Дембо).

При рентгенологическом исследовании у большинства больных (37 чел.) обнаружено усиление легочного рисунка (у 24—с грубой ячеистостью и преимущественной локализацией бронхоэктазов в средних и нижних полях).

Нередко у больных отмечалось увеличение количества лейкоцитов (до 10 тыс. и более), сдвиг влево, РОЭ до 30 и более мм/час, некоторое увеличение общего количе-

ства белка в сыворотке крови, диспротеинемия за счет уменьшения содержания альбуминов.

Основным показанием к применению данного метода лечения было нарушение дренажной функции бронхов: кашель с плохо отделяемой гнойной мокротой, наличие выраженного эндобронхита.

При первой бронхоскопии<sup>1</sup> у всех больных был выявлен эндобронхит: у 21 — катаральный и гнойный, у 12 — суб- и атрофический, у 6 — гипертрофический и у 1 — язвенно-геморрагический. Бронхоскопия сопровождалась аспирацией мокроты, «туалетом» бронхов физиологическим раствором (50—80 мл) с последующим отсасыванием содержимого. Затем к бронхоскопу через переходники присоединяли аппарат ИКАР-1, производили 5—7 кашлевых толчков с интервалом 10—15 сек., после чего в просвете сегментарных и долевых бронхов вновь появлялась мокрота, которую удаляли из бронхов с помощью отсасывающего устройства. Бронхоскопию завершали введением интрабронхиально бронхолитических и антимикробных средств.

Повторную процедуру при наличии выраженного воспалительного процесса назначали через 3—5 дней. В период между бронхоскопиями вводили интратрахеально горчичным шприцем или через резиновый катетер эуфиллин (по 4 мл 2,4% раствора), пенициллин (300—500 тыс. ед.), стрептомицин (500 тыс. ед.) или морфоциклин (150 тыс. ед.), норсульфазол (по 4 мл 40% раствора) или сульфапиридазин натрия (по 4 мл 40% раствора), аскорбиновую кислоту (по 2—3 мл 2% раствора).

После 10—15 интратрахеальных вливаний лекарственных средств и 1—7 бронхоскопий с использованием аппарата ИКАР-1 у всех больных улучшалось самочувствие, ослабевала или полностью исчезала одышка, уменьшалась интенсивность кашля и количество мокроты. У трети больных кашель прекратился. Температура нормализовалась у 26 из 27 больных. Значительно уменьшились катаральные явления в легких. Показатели жизненной и форсированной емкости легких возросли в среднем на 300—500 мл, максимальной и резерва вентиляции — на 10—20 л. Произошли положительные сдвиги в морфологических и биохимических анализах крови. У 33 больных нормализовалась или значительно снизилась скорость РОЭ. В белковых фракциях крови, по сравнению с исходными данными, выявлена тенденция к увеличению процентного содержания альбуминов за счет снижения  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ -глобулинов. Соответственно увеличился альбумино-глобулиновый коэффициент. У всех больных объем мокроты, выделяемой в сутки, снизился на 30—100 мл (с 53,5 до 20,6 мл;  $P < 0,001$ ). Уменьшилась гнойность мокроты (при определении по З. И. Модестовой и И. П. Раевой — с 5,7 до 3,2;  $P < 0,05$ ) и количество лейкоцитов в мокроте (по методу З. Г. Филюшиной — с 90 500 до 45 220;  $P < 0,02$ ) наряду со снижением степени дегенеративных изменений их. Значительно уменьшилось количество микрофлоры мокроты. К концу курса лечения закономерно отмечалась положительная динамика состояния слизистой бронхов по данным эндоскопии: у трети больных эндобронхит не выявлен, у остальных он стал менее выраженным.

Побочных явлений и значительных осложнений при применении данного метода не наблюдалось. Только у отдельных больных возникали симптомы легкой интоксикации дикаином.

Полученные результаты дают основание рекомендовать этот метод для лечения больных с хроническими воспалительными заболеваниями легких.

УДК 616.24—616—073.75

## РЕНТГЕНО-БРОНХОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

*В. Н. Мельничнов, Н. В. Волкова, А. В. Акинфиев, В. Н. Порываева*

*Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и рентгенологическое отделение 6-й городской клинической больницы (главрач — Е. В. Хмелевцева)*

В настоящее время благодаря успехам торакальной хирургии бронхография, как один из основных методов бронхологии, получила значительное распространение. Но у детей, особенно младшего возраста, до сих пор она применяется недостаточно широко. Между тем диагностика

<sup>1</sup> Во всех случаях бронхоскопию проводили под местной анестезией 1—2% раствором дикаина.