

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 бронхоскопии¹ 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 горчанин 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 сульфипиридазин 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, уменьшались 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 α_1 -, α_2 - и γ -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 (главврач — 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

¹ Во всех случаях бронхоскопию проводили под местной анестезией 1—2% раствором дикаина.

многих легочных заболеваний невозможна без контрастирования бронхов. Недостаточное применение бронхографии у детей является одной из причин поздней диагностики, что приводит к тяжелым, запущенным формам болезни.

Представляет практический интерес сравнительная оценка данных обычного рентгенологического исследования и бронхографии при хронических нагноениях легких у детей.

В настоящем сообщении проводится параллель между бесконтрастной рентгенологической и бронхографической картинами хронических неспецифических заболеваний легких с выраженными клиническими проявлениями. Работа основана на материале рентгенологического обследования 241 ребенка в возрасте от 4 месяцев до 15 лет (из них 108 — от 4 мес. до 7 лет). Всем детям проводили одномоментно двустороннюю поднаркозную бронхографию с внутривенным введением мышечных релаксантов короткого действия (анестезиолог О. Н. Магер). В качестве контрастного вещества применяли водную бариево-алтейную взвесь, которой заполняли бронхи до 6—8-го порядка. Снимки выполняли в прямой и двух косых проекциях, что позволяло избежать суперпозиции бронхов и оценить состояние всего бронхиального дерева до мелких его ветвей.

По рентгенологической картине, полученной во время просвечивания и на рентгенограммах, все больные разделены на 3 группы.

К 1-й гр. мы отнесли больных, у которых было только усиление легочного рисунка (111 чел.). При бронхографии у 45 больных (40,5%) обнаружены нормальные бронхи, у 27 (24,5%) — функциональные изменения (бронхоспазм, пилотония), у 12 (11%) — бронхит, у 27 (24,5%) — бронхоэктазии. Усиление легочного рисунка более характерно для начальных стадий хронической пневмонии и бронхита, чем для хронических нагноений.

Во 2-ю гр. включено 29 больных, у которых усиление легочного рисунка сочеталось с его деформацией главным образом за счет периваскулярного и перибронхиального компонентов. На бронхограммах у 20 детей выявлены бронхоэктазии, у 6 — функциональные нарушения и бронхит, у 3 бронхи были нормальны.

У 98 детей 3-й гр. было усиление легочного рисунка с тяжистостью в корнях и прикорневых зонах, сплевроперикардиальными и плевродиафрагмальными спайками, смещением средостения, наличием базальных треугольных теней ателектаза и т. д. У 79 чел. (80%) бронхографически обнаружена выраженная патология, у 12 — функциональные изменения и бронхит, у 7 — нормальная картина бронхиального дерева.

Наибольшее число совпадений в диагнозе относится к ателектатическим формам бронхоэктазий, что соответствует и литературным данным. У 3 детей при выраженной клинической картине болезни ни рентгенологически, ни бронхографически патологии не было обнаружено, поэтому в указанные выше группы они не вошли.

У 126 детей с хроническими нагноениями в легких были обнаружены врожденные и приобретенные патологические изменения, причем у 89 они были подтверждены при операции. У 46 детей (36,9%) на рентгенограммах были явные признаки ателектаза.

У 80 детей на основании обычного обзорного снимка было почти невозможно установить наличие или отсутствие бронхоэктазий.

В подавляющем большинстве случаев бронхоэктазия возникает в базальных сегментах, чаще слева (89 чел. — 71,2%), реже справа (54 чел. — 36%). У 26 детей (21%) был двусторонний процесс. У 21 ребенка бронхоэктазии базальных пирамид сочетались с поражением средней доли справа и у 46 — с поражением язычковых сегментов слева. Поражение бронхов верхних долей обоих легких (16 чел.) нередко сочета-

лось с вовлечением в процесс бронхов других отделов легкого, в основном нижних.

Итак, обзорная рентгенография, а тем более просвечивание не дают четкого представления об изменениях в бронхах. Одним из основных методов исследования бронхо-легочной системы является бронхография. Она позволяет судить о распространенности патологического процесса, локализации его, характере поражения, что помогает решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства.

УДК 616.155.392.8—615.7

О ЛЕЧЕБНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕКСАФОСФАМИДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ

В. В. Шильников, В. П. Ражева

Гематологическая клиника (зав.—доц. Л. М. Розанова, научный руководитель — проф. С. И. Шерман) Ленинградского НИИ гематологии и переливания крови

Применение химиопрепаратов значительно обогатило арсенал средств для лечения хронических лейкозов, но такие препараты, как бензол, уретан, эмбихин, новэмбихин, тэф, тию-тэф и др., в силу своей токсичности и малой эффективности, в последние годы используются редко. Из новых препаратов большого внимания заслуживают полученный в Венгрии в 1959 г. (Хорват) миелобромол и синтезированный в Институте элементарных соединений АМН СССР (С. Я. Зурабян, С. С. Кеблас, И. Л. Кнунянц) гексафосфамид, один из наиболее активных новых этилениминных производных. Экспериментальным исследованием установлено, что гексафосфамид, оказывая выраженное подавляющее действие на гранулоцитопоз, в то же время при максимально переносимых дозах незначительно угнетает эритропоз и тромбоцитопоз [8]. Исследование действия гексафосфамида на штаммах перевиваемых лейкозов выявило его высокую противолейкозную эффективность: количество лейкоцитов в периферической крови животных снижалось, а лейкозная метоплазма костного мозга и инфильтрация внутренних органов уменьшались [7]. Имеются сообщения, пока еще немногочисленные, об эффективности гексафосфамида при лечении больных хроническим миелолейкозом [3].

Под нашим наблюдением находилось 27 больных хроническим миелолейкозом (17 женщин и 10 мужчин в возрасте от 21 года до 70 лет). 14 больных лечились гексафосфамидом в стационаре и 13 — амбулаторно. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 8 лет. У 26 больных была развернутая II стадия заболевания и у 1 — терминальная. У всех больных была выраженная лейкемическая форма заболевания. До лечения больные жаловались на общую слабость, плохой аппетит, похудание, обильные поты, головные боли, головокружение, боли в подреберьях, костях, повышение температуры до субфебрильных цифр, одышку, сердцебиение. У части больных имелись признаки миокардиодистрофии (приглушение тонов, систолический шум на верхушке, тахикардия), у 4 больных был хронический бронхит.

Селезенка была увеличена у 23 больных: у 6 она пальпировалась на 3—5 см ниже реберной дуги, у 12 — на 5—10 см и у 6 — на 10—20 см, заходя за среднюю линию живота на 1—3 см. Печень пальпировалась у 10 больных на 1—3 см и у 12 — на 4—8 см ниже края ребер.

Содержание гемоглобина до лечения колебалось от 52 до 76 ед., количество эритроцитов — от 2 910 000 до 3 800 000. Гемоглобин ниже 60 ед. был у 6 больных. Число лейкоцитов было в пределах 71 000—453 000, а тромбоцитов — 100 000—870 000. Ускорение РОЭ наблюдалось у 20 больных (от 20 до 60 мм/час).

18 больных до гексафосфамида уже получали лечение миелосаном, лучами Рентгена, миелобромолом или пуринетолом. У 5 больных были явления резистентности к миелосану. 9 больных, давность заболевания которых не превышала 2 лет, ранее не лечились.

Доза гексафосфамида как в стационарных, так и амбулаторных условиях была одинакова и зависела от индивидуальной чувствительности к препарату, общего состояния больного, стадии заболевания, количества лейкоцитов и тромбоцитов, а также от предшествующего лечения. Обычно мы начинали лечение с 10 мг через день в течение недели, при хорошей переносимости препарата дозу увеличивали до 20 мг. При быстром снижении числа лейкоцитов и медленном сокращении селезенки и печени дозу препарата обычно уменьшали и увеличивали интервалы между его приемами — на 1—2 дня. Общая доза на курс лечения колебалась от 110 до 1510 мг, составляя в среднем 465 мг. Длительность лечения больных в стационаре колебалась от 25 до