

рекомендован для использования в гнойной хирургии и для санации носоглотки носителей менингококка.

Проанализированы результаты лечения эктерицидом 377 больных ХНЗЛ (214 мужчин и 163 женщин в возрасте от 18 до 70 лет). У 21 больного была острая пневмония с затяжным характером течения, у 17 — острый абсцесс легких, у 3 — хронический абсцесс, у 114 — обострение хронической пневмонии, у 52 — обострение бронхоэктатической болезни и у 170 — хронического бронхита (у 56 человек был выраженный астматический компонент). Эндоскопически у всех пациентов выявлены различные виды неспецифического бронхита. При бактериологическом исследовании мокроты у 128 лиц выделен патогенный стафилококк, у 87 — стрептококк, у 34 — синегнойная палочка, у 19 — кишечная палочка, у 109 — смешанная флора. В большинстве наблюдений возбудители характеризовались различной степенью устойчивости к наиболее употребляемым антибиотикам (пенициллины, тетрациклины, аминогликозиды).

Эктерицид применяли в неразведенном виде по 250—300 мл на процедуру при лаваже бронхов, 5—7 мл при орошении бронхов во время бронхоскопии, ингаляции либо эндобронхиальном вливании горчанным шприцем.

Промывание бронхов при наличии большого количества гнойной мокроты проводили с интервалом в 2—3 дня до резкого уменьшения содержимого, с последующим удлинением сроков между лечебными бронхоскопиями. При вязкой трудноотхаркиваемой мокроте интервалы между лечебными бронхоскопиями определяли по улучшению дренажной функции бронхов и динамике процесса. Между бронхоскопиями местное лечение дополняли вливаниями эктерицида горчанным шприцем либо аэрозольной терапией 2—3 раза в день. У ряда больных эктерицид применяли в сочетании с другими препаратами (протеолитическими ферментами, бронхолитиками, гидрокортизоном и др.) индивидуально в каждом случае. Бронхологическое лечение проводили на фоне общей рациональной терапии.

У всех больных лечение эктерицидом дало положительные результаты. При нагноении в бронхах через 2—3 нед лечения уменьшалось количество мокроты, она становилась слизисто-гнойной, а затем слизистой. У 48 больных гнойный процесс характеризовался упорством течения и отсутствием эффекта от проводимого ранее общего и местного лечения. Местное применение эктерицида позволило за 3—4 нед добиться санации бронхов.

При катаральном и гипертрофическом эндобронхите воспалительные изменения слизистой резко уменьшались в течение 1—1,5 недель. У больных с атрофическим бронхитом самочувствие улучшилось уже после 2—3 эндобронхиальных введений эктерицида. Благодаря маслянистым свойствам препарата слизистые хорошо увлажнялись. При прохождении воздуха в дыхательных путях эктерицид хорошо вспенивается, и с пеной легко выталкиваются из мелких бронхов липкие слизистые и гнойные пробочки, которые затем отсасываются при бронхоскопии либо откашливаются больным. При этом образующаяся пена препятствует продвижению инфицированного отделяемого в периферические бронхи. У больных с бронхоспастическим компонентом уменьшалась тяжесть бронхоспазма параллельно с обратным развитием воспалительного процесса.

Бактериологическое исследование мокроты в динамике свидетельствовало об уменьшении количества микроорганизмов с последующим исчезновением их в процессе лечения в течение 2—3 недель. Больные хорошо перенесли эндобронхиальное применение эктерицида, побочных реакций не было отмечено.

Таким образом, эктерицид оказывает выраженное антимикробное действие при эндобронхиальном введении у больных с неспецифическими заболеваниями органов дыхания. Неразведенный препарат хорошо переносится больными и может с успехом использоваться для санации дыхательных путей.

УДК 616.24—076.5

#### **А. М. Мартыненко (Шатура). Роль цитологических исследований в дифференциальной диагностике заболеваний легких**

В течение 1965—1977 гг. нами проведено 1842 цитологических исследования у 332 пациентов с заболеваниями легких (280 мужчин и 52 женщин в возрасте от 46 до 69 лет). У 117 из них был хронический бронхит или бронхоэктатическая болезнь, у 112 — пневмония и у 103 — опухоли легких.

Мазки из мокроты или центрифугата бронхиального содержимого (взятого при бронхоскопии 52 больных с подозрением на рак) фиксировали в смеси Никифорова и окрашивали азур-эозином по обычной методике. Из числа 400 обнаруженных клеток подсчитывали процентное соотношение клеточного состава в мазке.

У больных хроническим бронхитом вне стадии обострения обнаруживалось большое количество нейтрофильных лейкоцитов (59,7±7,4%) и незначительное число лимфоцитов (8,1±0,9%), эозинофилов (0,8±0,1%) и макрофагов (2,9±0,6%). Характерно, что в период обострения бронхита, особенно с проявлением нагноения, в мазках резко возрастало количество нейтрофильных лейкоцитов (70,1±9,7%). У больных с признаками атрофии слизистой бронхов было много эозинофилов (9,8±1,7%) и лимфоидных элементов (31,1±3,3%), тогда как для гипертрофического бронхита типично высокое содержание клеток плоскоклеточного эпителия (12,3±0,7%).

При пневмонии обнаруживалось большое число клеток эпителия с проявлениями некроза ( $19,8 \pm 2,1\%$ ), нейтрофилов ( $46,2 \pm 7,8\%$ , из которых  $42,4 \pm 6,3\%$  были деформированы), меньше лимфоидных элементов ( $22,7 \pm 5,1\%$ ) и макрофагов ( $8,9 \pm 2,2\%$ ). Через 3—4 нед от начала применения терапевтических доз сульфаниламидов и антибиотиков (к которым микрофлора мокроты проявляла наибольшую чувствительность) в мазках значительно снижалось число некротизирующих клеток эпителия ( $7,4 \pm 1,6\%$ ) и деформированных нейтрофилов ( $11,6 \pm 2,4\%$ ). Соответственно улучшалось и клиническое состояние больных. При ремиссии пневмонии основной фон микропрепаратов составляли большие полигональные клетки с округлыми и овальными ядрами. Среди них единицами и малыми группами расположены секреторные клетки, имеющие малые размеры, кубическую форму, зернистую негомогенную цитоплазму и округлые ядра, расположенные в центре. Бокаловидные и цилиндрические клетки встречались лишь после бронхоскопии и сильного кашля. По мере разрешения пневмонии число распадающихся нейтрофилов уменьшалось, но возрастало количество макрофагов и пролиферирующих клеток эпителия.

При сочетании пневмонии с бронхальной астмой в мокроте выявлялось наибольшее количество эозинофилов ( $22,4 \pm 3,1\%$ ).

Из 229 больных хроническим бронхитом, бронхоэктатической болезнью или пневмонией у 83 заболевание имело вялотекущий, но упорно прогрессирующий и часто рецидивирующий характер, особенно у 68 больных, которые наряду с соответствующим консервативным лечением более 6 мес получали по 0,2 г барбитала или люминала на ночь. У 44 из них в течение 12 лет диспансерного наблюдения обнаружены различные опухоли легких. Цитологическое исследование мокроты проведено нами также у 103 больных с новообразованиями легких. В течение 6 месяцев, непосредственно предшествующих раку, 22 из них систематически принимали барбитураты, 32 — уретан в качестве снотворного, 18 — фенацетин в комплексной терапии предшествующего ревматического полиартрита, 30 — тубазид или фтивазид при лечении туберкулеза легкого. 42 (из 147) больных приняли по 1—2 курса глубокой рентгенотерапии, 54 — по 1—2 курса химиотерапии циклофосфаном, 51 — по 1—2 курса химиотерапии 5-фторурацилом.

Цитологическая картина зависела от характера заболевания и лечения. Так, у 20 пациентов выявлен аденомадоз, у 51 — плоскоклеточный рак с ороговением, у 32 — плоскоклеточный рак без ороговения, у 23 — железистый рак, у 21 — недифференцированный рак.

У 26 больных, принимавших аэрозоли рибонуклеазы для ингаляций, отмечалось увеличение массы ядер эпителиальных клеток, их гиперхромности и проявлений гипертрофического бронхита, тогда как у 32 пациентов, использовавших для тех же целей аэрозоли дезоксирибонуклеазы, выявлено уменьшение массы ядер, выраженности хроматина в них, усиление некроза лейкоцитов и эпителиальных клеток и картины атрофического бронхита. Под влиянием актино- и химиотерапии резко снижалось в первую очередь число атипичных эпителиальных клеток с наиболее крупными и гиперхромными ядрами, и чем значительнее, тем выраженнее был положительный клинический эффект лечения. Через 4—7 недель после курса лечения число атипичных эпителиальных клеток вновь возрастало, особенно у больных, принимавших снотворное на ночь, и у наиболее «злостных» курильщиков. Как правило, это было предвестником ухудшения клинического состояния больных. Повторные курсы актино- и химиотерапии были менее эффективными. Число атипичных клеток неудержимо росло.

Таким образом, цитологическая картина мазков из мокроты и бронхиального содержимого имеет свои особенности при различных заболеваниях легкого и динамически изменяется при их лечении. Это дает возможность получать объективную информацию для дифференциальной диагностики заболеваний легкого, для определения эффективности лечения и прогнозирования обострения или рецидива данного заболевания.

УДК 616.12—002.77—08—07:612.112.3

**Е. А. Олейникова, В. М. Зайцев, Л. В. Новикова, Г. В. Магницкая, Н. Н. Маркова** (Саранск). Значение фагоцитарной реакции для оценки эффективности этапного лечения больных ревматизмом

Вопросы реабилитации больных ревматизмом в настоящее время становятся ведущими в оценке эффективности лечения, его клинической полноценности. Среди методов, улучшающих качество проводимой терапии и закрепляющих достигнутый эффект, весьма положительно зарекомендовало себя этапное лечение в стационаре и в санатории. Однако критерии такого лечения не всегда достаточно объективны, что затрудняет суждение о степени реабилитации больных после пребывания в стационаре и после санаторного лечения.

В связи с этим мы поставили перед собой задачу изучить фагоцитарную деятельность нейтрофилов у больных активной формой ревматизма в динамике лечения в стационаре и у больных с неактивной формой ревматизма в разные декады санаторно-курортного лечения в летнее время.

Обследовано 194 больных — 164 в активной фазе ревматизма (90 с I ст. активности, 58 со II ст., 16 с III ст.) и 30 в неактивной. Порок сердца диагностирован у 153 из них: недостаточность митрального клапана — у 22, сочетанный митральный порок —