

грессирования были выявлены у глаз с исходной миопией в 5—6 дптр.

У пациентов 2-й группы полная стабилизация рефракции или уменьшение ее на 0,25 дптр констатировано в 21 (58%) глазу. Прогрессирование миопии на 0,25 дптр было в 9 (25%) глазах и на 0,5 дптр — в 6 (17%) глазах. Усиления рефракции более чем на 0,5 дптр мы не наблюдали.

В контрольной группе статистически достоверное прогрессирование миопии зафиксировано в 73% случаев (58 глаз) на 0,25—1,5 дптр в течение 1,5 лет. Самопроизвольная стабилизация рефракции имела место в 27% случаев (22 глаза).

В обеих группах пациенты быстро овладели методикой профилактики, хорошо ее переносили, не отмечая каких-либо последствий закапывания холинолитиков перед сном на состояние зрачков и зрительную грудоспособность в течение последующего дня.

ВЫВОДЫ

1. Сочетанное курсовое применение инстилляций холинолитиков кратковременного действия (0,5% гоматропина или 0,5% мидрума) и препаратов, снижающих продукцию водянистой влаги (0,25% клофелина и 0,25% оптимолла), позволяет активно влиять на формирование рефракции или прогрессирующей миопии слабой и средней степени.

2. Предложенный способ отличается достаточной эффективностью, безопасностью, предельной простотой, доступностью и воз-

можностью самостоятельного применения больными под контролем врача.

3. Показаниями к назначению являются случаи прогрессирования миопии слабой и средней степени у лиц молодого возраста с внутриглазным давлением выше 16 мм рт. ст. (2,1 кПа) по тонометру Гольдмана и 21 мм рт. ст. (2,8 кПа) по 5-граммовому тонометру Маклакова и слабостью аккомодации.

4. Недостаточная эффективность профилактики у части больных указывает на необходимость дальнейшего совершенствования метода, в частности на возможное увеличение частоты и продолжительности курсов, а в отдельных случаях и концентрации применяемых медикаментов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э. С., Мац К. А. // В кн.: Материалы научной конференции по вопросам профилактики, патогенеза и лечения заболеваний органа зрения у детей. — Москва, 1971.
2. Аветисов Э. С. // В кн.: Миопия — М., 1974.
3. Гринштейн Л. М., Полова А. А. // Веретивные синдромы. — М., 1971.
4. Нестеров А. П. // Казанский мед. ж. — 1973. — № 3. — С. 81—82.
5. Нестеров А. П., Бунин Л. Я., Кацнельсон Л. А. // Внутриглазное давление. Физиология и патология. — М.: Наука, 1984.
6. Свириг А. В., Асграленко Г. Г., Лапочкин В. И. // В кн.: Физиология и патология внутриглазного давления. — М., 1983. — Вып. 9. — С. 134.
7. Сергеев Н. Н., Кондратенко Ю. Н. // Вестн. офтальмол. — 1986. — № 6. — С. 20—23.

Получила 26.11.87.

УДК 616.22—007.271—053.2—073.75

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТАДИИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ПРИ ОСТРОМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У ДЕТЕЙ

Р. У. Батыршин

Клиника рентгенологии (зав. — проф. М. К. Михайлов), кафедра оториноларингологии (зав. — доц. В. И. Галочкин) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Острый ларинготрахеит с синдромом крупа при респираторных вирусных инфекциях остается распространенным заболеванием у детей раннего возраста. Присоединение пневмонии усугубляет острую дыхательную недостаточность, вызванную стенозом гортани, что может привести к летальному исходу. Объективная оценка каждого компонента острой дыхательной недостаточности представляет собой сложную задачу при решении вопроса о выполнении трахеальной инкубации и трахеостомии.

Обычно определение стадии стеноза гортани основывается на данных физикальных исследований и главным образом на результатах прямой ларингоскопии [2, 3]. По нашему мнению, значительные возможности в

этом отношении имеет рентгенологическое обследование гортани, нашедшее широкое применение при других патологических процессах. В доступной литературе мы не обнаружили работ, посвященных рентгенографии гортани при остром ларинготрахеите. На рентгенограммах шеи в переднезадней проекции хорошо контурируется воздушный столб гортани и трахеи, что может стать основой для оценки стадии стеноза гортани. Наилучшие условия для исследования создаются в фазе фонации, когда наблюдается куполообразное расширение подскладкового пространства с накоплением в нем воздуха [1, 4].

В ЛОР-клинике Казанского ГИДУВа по нашему предложению с 1978 г. производят

одномоментную рентгенографию органов грудной клетки и шеи у детей, страдающих острым ларинготрахеитом в сочетании с различными формами пневмонии. Методика позволяет при минимальной лучевой нагрузке получать на одной рентгенограмме сведения о состоянии легких и гортани. Рентгенографию производят в переднезадней проекции при вертикальном положении ребенка с приподнятым подбородком, в фазе фонации голосовых складок (в начале крика ребенка). Технические условия: аппарат РУМ-10, напряжение — 52 кВ, сила тока — 100 мА, время экспозиции — 0,06 с, фокусное расстояние — 100 см; центральный луч направляется на IV грудной позвонок.

Исследование проведено у 228 детей, у которых при клиническом обследовании было заподозрено наличие пневмонии, осложнявшей течение острого ларинготрахеита. В возрасте от 8 мес до одного года было 46 детей, от одного года до 2 лет — 113, от 2 до 3 лет — 69. Клинически острая дыхательная недостаточность у 111 детей соответствовала I стадии стеноза гортани, у 104 — II, у 13 — III. Для сравнения была взята группа из 10 детей, страдавших пневмонией без сочетания с острым ларинготрахеитом.

На рентгенограммах изучали состояние легких и форму воздушного столба подскладкового отдела гортани, которая в норме представляет собой куполообразное расширение с четкими контурами (рис. 1 а). При наличии отека в подскладковом отделе гортани на рентгенограмме отмечается сглаженность углов между голосовыми складками и боковыми стенками подскладкового пространства. По выраженности деформации воздушного столба все больные были распределены на 3 группы. В 1-ю группу вошли больные (118 чел.) с небольшим сужением верхушки воздушного столба в пределах $\frac{1}{3}$ подскладкового пространства (рис. 1 б); во 2-ю (69) — с умеренным сужением в пределах $\frac{2}{3}$ подскладкового пространства (рис. 1 в); в 3-ю (13) — с резким сужением и образованием узкого хода (рис. 1 г).

Контур деформированного воздушного столба просматриваются четкими при отечных и инфильтративных формах острого ларинготрахеита, неровными или расплывчатыми — при фибриновых наложениях на поверхности слизистой оболочки гортани и трахеи.

Сопоставление клинических и рентгенологических данных показало следующее. Из 111 детей с клинической картиной острой дыхательной недостаточности, соответствующей I стадии стеноза гортани, у 28 человек была пневмония с незначительными изменениями конфигурации воздушного столба подскладкового пространства. У 83 детей при отсутствии какой-либо патологии со стороны легких выявлено сужение верхушки воздушного столба в пределах $\frac{1}{3}$ под-



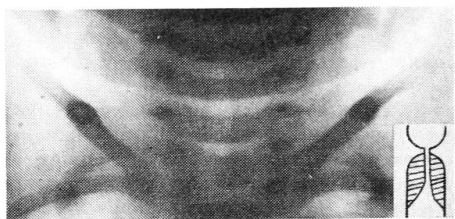
а



б



в



г

Рентгенограмма гортани и шейного отдела трахеи при различных стадиях стеноза: а — стеноза нет, б — стеноз I стадии, в — II стадии, г — III стадии.

складкового пространства. Из 104 детей с клинической картиной острой дыхательной недостаточности, соответствующей II стадии стеноза гортани, у 35 больных деформация воздушного столба на $\frac{1}{3}$ сочеталась с обширной пневмонией, и у 69 детей наблюдалась деформация воздушного столба на $\frac{2}{3}$ подскладкового пространства с умеренным очагом пневмонии. Из 13 детей с острой дыхательной недостаточностью, соответствующей III стадии стеноза гортани, у 10 отмечено максимальное сужение воздушного столба подскладкового пространства и поражение легких. У 3 детей было установлено только резкое сужение подскладкового отдела гортани при отсутствии данных за пневмонию.

Таким образом, в генезе острой дыхательной недостаточности у 62% обследованных с острым ларинготрахеитом респираторно-вирусной этиологии участвовали два компонента: сужение просвета гортани за счет отека и инфильтрации подскладкового отдела и пневмония.

При назначении комплексной интенсивной терапии учитывали выраженность стеноза гортани и пневмонии на рентгенограммах.

У 23 детей со значительным (на $\frac{2}{3}$ и более) сужением подскладкового пространства и пневмонией в связи с безуспешностью консервативной терапии была предпринята трахеостомия.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что одномоментная рентгено-

графия грудной клетки и шеи у детей с острым ларинготрахеитом помогает уточнить диагноз и обеспечивает прогноз при проведении лечебных мероприятий с учетом обоих компонентов острой дыхательной недостаточности — стеноза гортани и пневмонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Позмогов А. И. // Рентгенодиагностика заболеваний гортани. — Киев, 1973.
2. Солдатов Н. Б., Мигин Ю. В. // Вестн. оторинолар. — 1977. — № 5. — С. 83—87.
3. Тарасов Д. И., Лапченко С. Н., Банаарь И. М., Попа В. А. // Стенозы и дефекты гортани и трахеи. — Кишинев, 1982.
4. Тихонов К. Б., Рабинович Р. М. // Рентгенодиагностика заболеваний гортани. — Л., Медицина, 1975.

Поступила 02.03.88.

УДК 616.24—002.1—072.7

ПОЛЯРОГРАФИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ФИЛЬТРАТА ДЕНАТУРИРОВАННОЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ И ВНЕШНЕЕ ДЫХАНИЕ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

З. Н. Якупова, Р. Ф. Хамитов, В. Н. Воронин

Кафедра внутренних болезней лечебного факультета (зав. — доц. И. Г. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

С целью дополнения новыми объективными данными существующего диагностического комплекса пневмонии и ее осложнений, а также для контроля за ходом лечения и составления прогноза заболевания мы провели комплексное сравнительное исследование больных с применением полярографических и пневмотахографических методов.

Под наблюдением находились 56 больных острой пневмонией (мужчин — 36, женщин — 20) в возрасте от 15 до 66 лет (средний возраст — 41 год). У 15 (26,8%) больных пневмония была без осложнений, у 25 (44,6%) возникла на фоне хронического бронхита, у 5 (8,9%) осложнилась абсцедированием; у 4 (7,1%) был острый бронхит, у 3 (5,4%) обнаружены бронхокарциномы и метастазы рака в легкие, у 4 (7,2%) острая пневмония протекала на фоне обострения нелегочных соматических заболеваний. Контрольная группа состояла из 21 человека в возрасте от 16 до 24 лет.

Диагнозы ставили и уточняли на основании анамнеза, данных общеклинического, рентгенологического и лабораторных методов исследований, а также оценки функции внешнего дыхания (ФВД) на пневмотахографе с интегратором. Всем больным проводили антибиотикотерапию (чаще использовали препараты пенициллинового ряда), симптоматическую терапию, физиотерапевтические процедуры (исключение — онкологические больные). Средняя продолжитель-

ность пребывания в стационаре составила 21,6 койко-дней.

Наряду с общепринятыми клиническими методами, позволяющими оценивать тяжесть процесса, у больных определяли полярографическую активность сульфосалицилового фильтрата денатурированной сыворотки (ФДС) крови. Исследование выполняли на полярографе Ра-2 производства ЧССР по методике И. Д. Мансуровой и соавт. [3].

Качественный анализ абсолютных показателей спирограммы — жизненной емкости легких (ЖЕЛ), объема форсированного выдоха (ОФВ), максимальной вентиляции легких (МВЛ) и оценку относительных — теста Тиффно и показателя скорости движения воздуха (ПСДВ) выполняли путем сопоставления с должными величинами, вычисленными по соответствующим формулам [1], или исходя из разработанных нормативов [2].

Динамика изученных показателей механизмы дыхания и полярографической активности сыворотки крови больных при их поступлении в стационар и перед выпиской, а также данные контрольной группы представлены в табл. 1 и 2. Как видим, при поступлении все показатели были отклонены от нормы. При полярографическом исследовании, осуществленном до начала лечения, было выявлено увеличение высоты обеих каталитических волн — H_1 на 69,8% и H_2 на 30,7% (табл. 2). В период разрешения ост-