G. A. ARZOUMANIAN, L. S. GEVORKIAN

APPLICATION OF THE CELLULAR EXAMINATIONS IN THE BRONCHOSCOPIC STUDIES OF PATIENTS WITH NONSPECIFIC ENDOBRONCHITIS

The problems of the early cytologic diagnosis of chronic endobronchitis have been studied. It has been revealed that in the base of nonspecific endobronchitis of the degenerative, metaplastic and prolipherative character lie similar cytologic changes of the bronchi.

The forms of the cytologic couclusions are given which reflect the degree of the expressiveness of these changes.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вагнер Р. И., Позмогов А. И., Барчук А. С.* Вопр. онкол., 1982, 12, стр. 28.
2. *Добрынин В. А.* Вопр. онкол., 1966, 1, стр. 38.
3. *Лимберг В. Р., Стерлис А. К., Кузьмичева М. А.* Лабор. дело, 10, 1980, стр. 619.
4. *Петерсон Б. Е., Кузьмина И. В.* Сов. мед., 1982, 2, стр. 37.
5. *Чаклин А. В., Грицюте Л. А.* Вопр. онкол., 1982, 2, стр. 4.
6. *Шабад Л. М.* В кн.: Рак легкого. М., 1971, стр. 68.
7. *Шестерина М. В., Сорокина Г. А., Гарвей Н. Н.* Лабор. дело, 1980, 10, стр. 621.
8. *Ackerman L.* Труды VIII Международной противораковой конференции. М.—Л., 1963, стр. 358.
9. *Spcain D. M., Braddes V. H., Tarter R.* J A M A, 1970, 211, 1311.

УДК 616.1 : 543.42

С. А. АРУСТАМЯН

ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПОЛИФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Применен метод комплексного одномоментного полифлюорографического исследования органов грудной и брюшной полостей, а также молочных желез. Показана ценность полифлюорографии в выявлении заболеваний сердечно-сосудистой системы с последующим специализированным лечением.

Болезни сердечно-сосудистой системы в связи с их относительно большой частотой остаются в центре внимания медиков. Исследования ряда авторов и наши наблюдения свидетельствуют о ценности флюорографии в вопросе раннего выявления заболеваний легких и сердца, а также соседних органов [2, 4, 7, 10, 11, 14].

Во флюорографическом кабинете НИИРиО им. В. А. Фанарджяна проводились комплексные одномоментные исследования органов грудной и брюшной полостей и молочных желез. Патология органов грудной и брюшной полостей выявлена у 11248 из 38672 исследуемых (29,09%), в том числе изолированная патология какого-нибудь органа была выявлена у 6988 (18,09%), сочетанная патология—у 4260 больных (11%). Патология молочных желез выявлена у 281 из 4904 обследованных женщин (5,71%).

По литературным данным [1, 4, 6—8, 9, 12, 13, 15], многие заболевания сердца и аорты часто протекают без выраженных симптомов и проявляются лишь после развития признаков недостаточности сердца. Наибольший процент пороков сердца падает на детский и молодой возраст. В настоящее время большое внимание уделяется массовым обследованиям трудящихся с целью ранней диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы.

По данным Е. М. Кагана и соавт. [3], применение различных методов клинико-лабораторного исследования кардиологических больных позволяет установить правильный диагноз при патологии сердца и крупных сосудов. Однако некоторые из них не могут быть широко применены.

Для ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний перспективным методом оказалась крупнокадровая флюорография, имеющая большую пропускную способность. Она экономична, эффективна и является методом раннего выявления патологии сердца и сосудов.

Флюорограммы нами производились в передней левой боковой и передних косых положениях. При изучении полученных флюорографических снимков обращалось внимание на состояние корней легких и легочного рисунка, на положение, форму и размеры сердца, изменение аорты и легочной артерии, наличие обызвествления клапанов сердца. Многопроекционная флюорография дает возможность выявлять изменения различных отделов сердца и сосудов. На флюорограммах контуры средостения, образованные сердцем и большими сосудами, определяются столь же отчетливо, как и на обзорных крупноформатных рентгенограммах в соответствующих проекциях.

В определенных проекциях можно выявить увеличение всех отделов сердца, а также патологию восходящей аорты, склеротические изменения аорты на всем ее протяжении. При различных заболеваниях (аневризма, расширение аорты, митральные пороки с увеличением левого предсердия, медиастинальные опухоли) аортальное окно может изменяться по форме и величине. Дуга аорты видна лучше при склерозе. При флюорографическом исследовании сердечно-сосудистой системы следует учитывать и возрастные особенности больных.

У ряда больных пороком сердца при сканировании выявлена сочетанная патология на почве сердечной недостаточности. Некоторые заболевания позвоночника также играют определенную роль в изменении конфигурации сердца.

При массовых профилактических исследованиях комплексная флюорография в передней, двух передних косых и левой боковой проекциях с контрастированием пищевода является налучшим методом предварительного отбора и раннего выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы. На хороших флюорограммах при митральных пороках и недостаточности миокарда левого желудочка четко видно перераспределение кровотока, что проявляется расширением верхнесегментарных сосудов и сужением их в базальных отделах легких. Необходимость изучения состояния легочных сосудов при рентгенологическом определении состояния миокарда и клапанных пороков сердца сохраняется так-

же и при флюорографии. К сожалению, на флюорограммах трудно бывает заметить появление интерстициального отека вокруг сосудов [2].

Состояние сердца и больших сосудов при флюорографии органов грудной клетки нами изучено у 38672 исследуемых в возрасте от 14 до 75 лет (табл. 1). Изменения сердечно-сосудистой системы были выявлены у 6434 больных (16,6%).

При последующем клинико-рентгенологическом дообследовании в Институте кардиологии МЗ АрмССР с применением рентгенографии, рентгенокимографии, ЭКГ, ФКГ, радиокардиографии и других лабораторных методов диагноз приобретенных и врожденных пороков был подтвержден у 390 (1,03%) больных из общего числа флюорографически обследованных (38672) лиц и в 6,06% случаев из числа лиц с изменениями сердечно-сосудистой системы (6434).

Таблица 1

Частота выявления сердечно-сосудистой патологии при флюорографии грудной полости

Заболевание	Число больных	% от общего числа исследованных (38672)	% от числа лиц с изменениями сердца (6434)
Приобретенные пороки сердца	338	0,9	5,25
Гипертоническая болезнь	997	2,6	15,5
Врожденные пороки сердца	52	0,13	0,81
Атеросклероз аорты	1810	4,67	28,13
Аневризма аорты	10	0,03	0,16
Гипертрофия желудочков (симптом)	3227	8,81	50,15
Всего	6434	16,64	100

Таблица 2

Число приобретенных пороков сердца

Характер порока	Число больных	% (6434)	% от числа больных пороками сердца (338)
Недостаточность митрального клапана	75	1,17	22,1
Митральный стеноз	21	0,3	6,1
Митральный порок	112	1,7	33,2
Аортальный стеноз	23	0,4	6,8
Митрально-аортальный стеноз	20	0,3	6,0
Недостаточность аортального клапана	82	1,3	24,3
Другие пороки	5	0,08	1,5
Всего	338	5,25	100

По данным В. В. Зодиева [2], при флюорографическом обследовании из общего числа (10100) обследованных подозрение на патологию сердца выявлено у 210 (2,1%). По данным Е. М. Кагана и соавт. [3], при анализе 300000 крупнокадровых флюорограмм сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 3,2% больных. По данным М. Ф. Яковлевой

Таблица 3

Частота врожденных пороков сердца

Характер порока	Число больных	% (6434)	% (52)
Декстрокардия	18	0,28	34,6
Дефект межпредсердной перегородки	17	0,27	32,7
Дефект межжелудочковой перегородки	9	0,14	17,3
Сужение перешейка аорты	4	0,06	7,7
Другие редкие пороки	4	0,06	7,7
Всего	52	0,81	100

и Н. В. Константиновой [12], в результате обследования 12736 больных у 5429 были выявлены приобретенные и у 1569—врожденные пороки сердца, а у 5738 (42%) больных порок сердца был исключен. Из приобретенных пороков сердца чаще всего (3123, 24%) встречались митральные с различной степенью стеноза и недостаточности, а затем—аортальные (968, 2,6%) и комбинированные митрально-аортальные (471, 3,7%). Пороки с поражением трех клапанов обнаружены у 128 (1%) больных. Наши данные относительно сердечно-сосудистой патологии отражены в табл. 1, 2, 3.

Приводим следующее наблюдение.

Больной Т. С., 46 лет, был направлен в флюорографический кабинет НИИРиО им. В. А. Фанарджяна с диагнозом: опухоль средостения? Жалобы на одышку, сухой кашель, сердцебиение при ходьбе, чувство удушья, в частности по ночам. Клиническое исследование крови и мочи: без отклонений от нормы.

Флюорографическое исследование выявило усиление легочного рисунка. Сердце: митральной конфигурации, увеличение левого желудочка в области пути оттока, выступание легочного сегмента. Тени корней легких застойные. Направлен на дообследование и лечение в Институт кардиологии с диагнозом: вяло текущий возвратный ревмокардит, сочетанный митральный порок, экстрасистолическая аритмия.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Губы, видимые слизистые цианотичные. Суставы не изменены, движения в них безболезненны.

Сердце—границы увеличены. На верхушке выслушивается систолический и диастолический шумы. На легочной артерии акцент II тона. АД—120/80 *мм* рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения, аритмичный, 88 в 1 мин. В легких везикулярное дыхание. Пальпируется болезненный край печени. Общий анализ крови и мочи в пределах нормы. Фибриноген—186,6 *мг*%, ДФА—0,195 ед., АСО—100 АЕ, ЭКГ—ритм синусовый, 81 уд. в мин. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Выраженная гипертрофия мышцы левого желудочка. Некоторое нарушение питания его задней стенки. Фонокардиография—в V точке систолический и диастолический шумы.

Рентгенологическое исследование: значительное усиление легочного рисунка. Венозный и артериальный тип застоя. Сердце митральной конфигурации, талия заполне-

на дугой легочной артерии и ушком левого предсердия. Расширение обоих желудочков, больше левого, увеличение полости левого предсердия (рис. 1, а, б, в, г, д).

Заключение: митральный порок. Проведено соответствующее специализированное лечение с улучшением состояния больного.

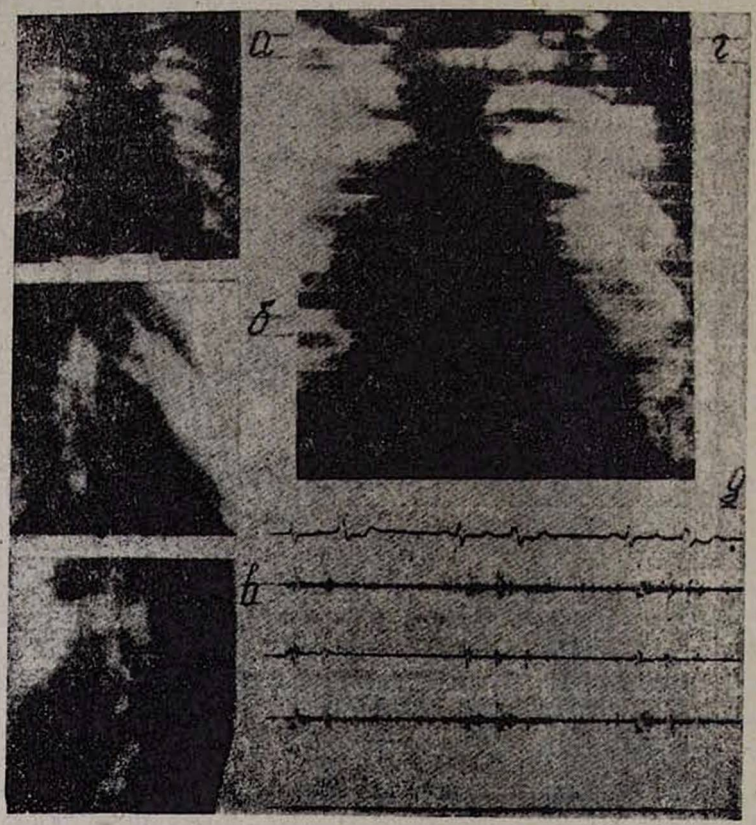

Рис. 1. Больной Т. С. а. На передней флюорограмме видно усиление легочного рисунка за счет артериального и венозного русла (расширение вен верхних сегментов). Талия сердца заполнена расширенной легочной артерией и ушком левого предсердия. Значительное увеличение обоих желудочков. Митральный порок. б. Флюорограмма в I косой проекции. в. Флюорограмма во II косой проекции. г. На рентгенокимограмме увеличение зоны расширенной дуги легочной артерии, пульсация правого предсердия большой амплитуды. По контуру левого желудочка зубцы разной высоты указывают на аритмичные сокращения. д. На ФКГ систолический и диастолический шумы с пресистолическим усилением. Бигемения (экстрасистолия).

Таким образом, при изучении приобретенных и врожденных пороков сердца многопроекционное флюорографическое исследование позволило получить флюороморфологические симптомы, явившиеся основанием для направления больных на комплексное дообследование в условиях кардиологического стационара. Наша дальнейшая задача состоит в том, чтобы с помощью современной флюорографической аппаратуры повысить диагностическую информативность флюорографи-

ческого изображения при обследовании лиц с сердечно-сосудистой патологией.

НИИ рентгенологии и онкологии
им. В. А. Фанарджяна

Поступила 3/IV 1984 г.

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍՏԱՄՅԱՆ

ՍԻՐՏ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱՅԻ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՈՒՄԸ ՊՈԼԻՖԼՅՈՒՈՐՈԳՐԱՖԻԿ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Կրծքավանդակի առաջնային, երկու թեք և ձախ կողմնային դիրքերում կերակրափողի կոնտրաստավորմամբ կատարված պոլիֆլյուորոգրաֆիան հանդիսանում է բնակչության սիրտ-անոթային համակարգի բնածին և ձեռքբերովի հիվանդությունների հիմնական ձևերի նախնական ընտրության և վաղ հայտնաբերման լավագույն մեթոդ։ Երևանի սրտաբանության ինստիտուտում ժամանակակից մեթոդներով կատարված կոմպլեքսային հետազոտություններում 38672 հետազոտվածներից 390-ի մոտ հաստատվեցին ձեռք բերովի և բնածին արատներ, իսկ 6434-ի մոտ հայտնաբերվեցին սիրտ-անոթային համակարգի փոփոխություններ։

Մեր մեթոդը նպաստում է սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների դեմ պայքարին, նրանց վաղ հայտնաբերմանը և բուժման արդյունքների յավացմանը, ինչպես նաև հաշմանդամության և մահացության տոկոսի նվազմանը։

S. A. AROUSTAMIAN

DETERMINATON OF THE CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN POLYFLUOROGRAPHIC INVESTIGATION

The method of complex single-moment polyfluorographic investigation of the organs of the abdominal and thoracic cavities as well as of the mammary gland was applied. The efficiency of this method for the revealence of the diseases of the cardiovascular system is shown.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арустамян С. А.* Мед. радиол., 1984, 3, стр. 40.
2. *Зодиев В. В.* Рентгенодиагностика заболеваний сердца и сосудов. М., 1957.
3. *Каган Е. М., Заявлина Л. А.* Флюорография сердца и аорты. М., 1970.
4. *Кяндарян К. А.* Рентгеноморфологические и рентгенофункциональные изменения сердца при крупнокадровой флюорографии с дыхательной пробой (методические рекомендации). Ереван, 1982.
5. *Мазаев П. Н.* Кардиол., 1975, 15, 3, стр. 116.
6. *Мазаев П. Н., Гришкевич А. М.* Рентгенофункциональные методы исследования осложненных ревматических пороков сердца. Тез. докл. Всесоюзн. конф. Обнинск, 1983, стр. 96.
7. *Рейнберг С. А.* Теория и практика флюорографии. М., 1953.
8. *Тихонов К. Б., Литвинова П. Д.* Влияние дыхательных фаз и положений исследуемого на характер пульсаторных движений сердца. Тез. докл. Всесоюзн. конф. Обнинск, 1983, стр. 109.
9. *Фанарджян В. А.* Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки. Ереван, 1957.

10. *Фанарджян В. А.* Рентгенодиагностика. Ереван, 1977.
11. *Цыб А. Ф., Чепеленко Г. В.* и др. Вестн. рентгенол., 1975, 1, стр. 60.
12. *Яковлева М. Ф., Константинова Н. В.* Роль крупнокадровой флюорографии в диагностике пороков сердца. Тез. докл. X съезда рентгенол. и онкол. Ереван, 1977, стр. 189.
13. *Manchester G. H., Block P. et al.* J. Amer. med, Ass. 1965, 191, 2. 99.
14. *Puddu V.* Amer. J. Cardiol., 1962, 10, 3, 341.
15. *White P. D.* Heart disease. New York., 1945.

УДК 616.94—053.2

В. А. АСТВАЦАТРЯН, Л. М. ПОГОСЯН

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Изучены особенности клинического течения сепсиса у новорожденных. Сделан вывод о том, что диагноз сепсиса должен ставиться только на основании учета всего комплекса клинических симптомов, микросимптомов инфицированности и данных лабораторных исследований.

Сепсис по своему течению и осложнениям является наиболее грозным инфекционно-воспалительным заболеванием детей периода новорожденности. Особенно тяжело он протекает у недоношенных детей. Заболеваемость сепсисом у новорожденных, по данным литературы [7, 8], довольно высокая, летальность от сепсиса составляет 15—35% [2, 4]. Это связано с тем, что клиническая диагностика сепсиса представляет большие трудности, т. к. проявления этого заболевания у новорожденных чрезвычайно разнообразны. Возникновению сепсиса и тяжести его течения способствуют анатомо-физиологические особенности органов и систем новорожденных, в частности, незрелость центральной нервной и эндокринной систем, несовершенность иммунобиологических и ферментативных реакций организма.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей клинического течения сепсиса у доношенных и недоношенных новорожденных. Из общего числа обследованных детей, больных сепсисом (69), 39 были недоношенными, 30—доношенными.

Сепсис был диагностирован на основании анализа клинико-лабораторных данных с использованием дополнительных методов исследования. Для установления этиологии заболевания делался посев крови, по возможности, в первые дни заболевания, до начала антибактериальной терапии, а также проводились бактериологические анализы кала, отделяемого пупочной ранки, содержимого местных гнойных очагов, смывов зева и носоглотки. Ценным диагностическим критерием сепсиса считается выделение возбудителя из крови больного ребенка. Среди всех обследованных детей патогенный золотистый стафилококк был высеян у 31, у 6 больных в крови был обнаружен непатогенный стафилококк. Как показывают наши наблюдения, в последние годы возросла этиологическая роль условно-патогенной грамотрицательной флоры, участи-