

полученные нами результаты эффективности поликомпонентной вакцины вполне сопоставимы с данными зарубежных исследователей. При этом следует иметь в виду, что схема введения вакцины ВП-4, обеспечивающая указанный эффект, значительно короче. Введение поликомпонентной вакцины проводится 3-кратно интраназально и 5-кратно подкожно, что осуществимо в течение 18—20 суток, тогда как бронховаксом больные принимают первый месяц от 10 до 30 суток, последующие 2 месяца — по 10 дней в месяц. Также сложна схема введения других зарубежных аналогов [2].

В ы в о д ы

1. Вакциноterapia поликомпонентной вакциной НИИВС им.И.И. Мечникова обеспечивает хороший и отличный терапевтический эффект у 71,4% больных, что выражается в удлинении сроков ремиссии, снижении частоты обострений и тяжести течения заболевания, сокращении количества принимаемых лекарств, улучшении показателей функции внешнего дыхания.

2. Вакциноterapia вызывает у больных подъем уровня антител ко всем антигенным компонентам вакцины. Уменьшается число больных с низкими титрами и увеличивается количество больных с высокими титрами антител.

3. Вакциноterapia ВП-4 по предложенной схеме введения не вызывает подъем уровня общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови больных. У больных с исходно высоким уровнем иммуноглобулина Е отмечается выраженное снижение этого показателя.

4. Проведение вакцинотерапии ВП-4 показано больным хроническими обструктивными заболеваниями легких независимо от тяжести течения заболевания, у которых традиционная антибактериальная терапия недостаточно эффективна. Рекомендуется проведение вакцинотерапии в период предсезонного подъема заболеваемости, а также в фазе затихающего обострения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Чучалин А.Г., Осипова Г.Л., Егорова Н.Б. и др. // Пульмонология.— 1991.— № 4.— С.14—20.
2. Петрунов Б., Ненков П., Цветанов И. и др. // Журн. микробиол.— 1991.— № 4.— С.34—39.
3. *Bronchovaxom*. In the Treatment and Prevention of Chronic Bronchitis.— Geneva, 1982.
4. Palma-Carlos A., Palma-Carlos M.H. // Lung.— 1990.— Vol.168, Suppl.— P.732—736.

Поступила 18.10.93.

Заметки из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1995

УДК 616.24-007.273-089-77

Ю.Ф.Некласов, Е.И.Бобров

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ДВУХСТОРОННИХ МНОЖЕСТВЕННЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ЛЕГКИХ

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Санкт-Петербург

В определении показаний к хирургическому и эндovasкулярному лечению двухсторонних множественных артериовенозных фистул легких до настоящего времени нет единого мнения. И поскольку это так, мы позволили себе изложить собственное представление об эндovasкулярном лечении этого порока с достижением положительного результата в течение одной госпитализации.

Больной Б., 14 лет, житель Кургана, обратился в Институт пульмонологии 19.01.92. с правильным диагнозом: двухсторонние множественные артериовенозные фистулы легких. Диагноз поставлен в возрасте семи лет по данным ангиокардиографии. Консультирован в двух ведущих центрах Москвы, в которых было отказано в хирургическом и/или эндovasкулярном лечении из-за обширности поражения и рекомендована трансплантация легких.

При поступлении жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в грудной клетке, головокружения. Объективно определялся тотальный цианоз, изменение концевых фаланг пальцев по типу "барабанных палочек", клиновидная деформация грудной клетки. В легких дыхание жесткое, патологических шумов не определялось. Частота дыханий 20, частота сердечных сокращений 82 в мин. Артериальное давление 100/65 мм рт.ст. Рентгенологически выявлялись усиление легочного рисунка и мелкоочаговая инфильтрация в нижней доле левого легкого. Динамическая сцинтиграфия легких подтвердила наличие правого патологического шунтирования крови в малом круге кровообращения.

30.01.92. для уточнения объема и локализации поражения под наркозом произведена чрескожная катетеризация правых камер сердца и легочной артерии. Давление в легочной артерии составило: систолическое — 24 мм рт.ст., диастолическое — 8 мм рт.ст., среднее — 15 мм рт.ст. Насыщение артериальной крови кислородом



Рис.1. Ангиопульмонограмма больного Б., 14 лет.

Определяются двухсторонние множественные ангиоматозные артериовенозные фистулы легких.

86%, PO_2 и PCO_2 соответственно 58 и 45 мм рт.ст., объем правоголевого шунта крови — 63,7%.

При двухпроекционной крупнокадровой ангиопульмонографии из ствола легочной артерии (Омнипак 350 — 45 мл, скорость инъекции — 25 мл/с, частота съемки — 2 кадра/с в течение 7 с) выявлены множественные ангиоматозные фистулы нижней доли и язычкового сегмента левого, верхней, средней и нижней долей правого легкого (рис.1). Установлен диагноз: двухсторонние множественные ангиоматозные артериовенозные фистулы легких.

Ангиографический катетер заменен на эмболизационный; последний поэтапно введен в приводящие артерии фистул левого легкого, в которые имплантировано 15 металлических спиралей, фрагменты гидрогеля и пучки фетра. На контрольной ангиопульмонограмме, выполненной из левой ветви легочной артерии, после завершения эмболизации определяется полный герметизм артерий фистул. Отмечено увеличение насыщения артериальной крови кислородом до 94%, PO_2 до 62 мм рт. ст. и снижение гиперкапнии до 38 мм рт. ст. Правольевый шунт уменьшился до 31,6%. Вместе с тем при манометрии отмечено повышение давления в легочной артерии на 10 мм рт.ст.



Рис.2. Ангиопульмонограмма больного Б., 14 лет, после эмболизации артериовенозных фистул легких.

Спирали блокировали патологический шунт крови (за исключением A_3 правого легкого).

20.02.92. после адаптации больного к изменившимся условиям гемодинамики (при манометрии выявлена нормализация давления в малом круге кровообращения) выполнен второй этап вмешательства. Эмболизационный катетер чрескожно последовательно введен в приводящие артерии фистул средней и нижней долей правого легкого, куда имплантировано 18 металлических спиралей, фрагменты гидрогеля и пучки фетра. Достигнуто полное прекращение патологического кровотока, что видно на контрольной ангиопульмонограмме, выполненной через 15 минут после эндоваскулярной операции. Эмболизация фистул в зоне артерии третьего сегмента правого легкого не производилась из-за малого объема поражения (рис.2).

Интерес представленного наблюдения заключается в редкости порока и эндоваскулярном лечении аномалии.

Поступила 13.02.93.