

встречается открытый прикус, увеличивается высота прикуса и уменьшается высота в области нижних жевательных зубов и т. д.

2. *Гонциальная форма.* Причиной образования прогенического взаимоотношения зубных рядов при данной форме является большой угол нижней челюсти при нормальных размерах тел челюстей и при нормальном их положении в черепе. Угол  $Go$  увеличен в среднем на  $14^\circ$  ( $P < 0,001$ ). Уменьшена высота в области нижних жевательных зубов. Другие цефалометрические признаки являются производными увеличенного угла  $Go$ .

3. *Переднее положение нижней челюсти в черепе.* У больных при пропорциональном развитии тела и ветви нижней челюсти, верхней челюсти и  $N - Se$ , нормальных размерах зубных дуг, правильном наклоне челюстей и резцов имеется выраженное прогеническое взаимоотношение зубных рядов, обусловленное передним положением суставных головок нормально развитой нижней челюсти в черепе; расстояние  $Se - Co$  уменьшено до 9 мм (в норме оно равно 16—17 мм).

Д. Ложная прогения является следствием морфологических изменений со стороны верхней челюсти: уменьшения ее сагиттальных размеров, дистального положения нормально развитой челюсти в черепе, изменения ее наклона, недоразвития альвеолярного отростка и т. д. Все линейные размеры лица и прикуса у больных с ложной прогенией достоверно уменьшены сравнительно с нормой. Возможно, причиной этого является неполноценность биологического потенциала роста лицевого скелета у данных больных.

Е. Сочетанные формы прогений наблюдаются при изменениях со стороны верхней и нижней челюстей. В зависимости от конкретного сочетания отдельных вышеописанных морфологических форм истинной и ложной прогении имеется различная цефалометрическая характеристика частного случая патологии, различная выраженность и тяжесть аномалии прикуса.

Предлагаемое деление сагиттальных аномалий прикуса на отдельные формы и разработанные дифференциальные цефалометрические характеристики их дают возможность врачу-ортодонту детализировать клинический диагноз, что позволяет составить рациональный план лечения, направленный на нормализацию процессов роста и развития челюстей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Банковска И. К. Стоматология, 1963, 6.— 2. Демнер Л. М. В сб.: Вопросы ортопедической стоматологии. Казань, 1962, т. 2.— 3. Демнер Л. М. и Колотков А. П. Стоматология, 1968, 5.— 4. Колотков А. П. Вестн. рентгенол. и радиол., 1969, 3.— 5. Меньяйлова О. И. В кн.: Вопросы клинической стоматологии. Воронеж, 1965, вып. 1.— 6. Мухина А. Д. Дистальный и медиальный прикусы. Автореф. канд. дисс., Киев, 1953.— 7. Нападов М. А. В кн.: Сборник диссерт. работ Украинского ин-та усовершенств. врачей, 1963, вып. 3.— 8. Погодина А. А. Стоматология, 1955, 1.— 9. Ужумецкене И. И. Ортодонтическое лечение взрослых перед протезированием. Медицина, М., 1965.— 10. Эль-Нофели А. Стоматология, 1966, 2.

УДК 616—001.17

### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ МИРНОГО ВРЕМЕНИ ПРИ МАССОВОМ ПОРАЖЕНИИ

Л. И. Шулушко, М. Ю. Розенгартен, А. И. Голиков, Ю. Д. Романов,  
М. В. Турханова, Г. И. Бакланов и В. М. Поляков

(Казань)

В основу настоящего сообщения положен наш опыт лечения 51 обожженного. Ожоги были получены в результате взрыва емкости для хранения нефти. У большинства было поражено лицо, ушные раковины, волосистая часть головы, верхние и нижние конечности, ягодицы, спина, почти у всех — конъюнктивы глаз. У 1 больного, наряду с ожогом, был закрытый перелом костей предплечья. У одного наступило состояние клинической смерти, из которого он был выведен реанимационными мерами.

Поражение занимало от 10 до 60% площади тела. Все пострадавшие — мужчины в возрасте от 21 до 60 лет. Ожоги были преимущественно II—III ст.

Хирургическая помощь обожженным при массовом поступлении, по нашему мнению, должна складываться из следующих мероприятий.

1. Организационных:

а) максимальное и правильное использование имеющихся сил и средств;

б) быстрая и бережная транспортировка пострадавших;

в) сортировка по тяжести и локализации процесса;

- г) обеспечение динамического медицинского наблюдения;
- д) рациональное питание;
- е) создание достаточного запаса крови, кровезаменителей, перевязочного материала и белья;
- ж) всю работу должен возглавлять высококвалифицированный специалист-хирург;
- з) кроме хирургов в лечении необходимо участие квалифицированного терапевта.

## 2. Лечебных:

- а) борьба с шоком;
- б) возможный туалет обожженной поверхности;
- в) меры для снижения порога острой токсемии;
- г) открытый метод лечения, за исключением циркулярных ожогов и поражения кистей;
- д) обеспечение функционально выгодного положения пораженных конечностей;
- е) контроль за электролитным балансом крови (K, Na, Ca);
- ж) антибактериальная терапия;
- з) витаминизированная калорийная диета;
- и) своевременное выявление осложнений и борьба с ними.

Мы считаем необходимой немедленную транспортировку тяжелообожженных в стационар, так как чем больше будет упущено времени, тем более усложняется эвакуация и лечение больных. Хирургическая обработка ожоговой поверхности должна быть однократной и максимально щадящей. Следует решительно отвергнуть метод Вильбушевича — Нажо, как весьма травматичный, вызывающий резкое перераздражение рецепторов. Все, что вызывает даже незначительную боль, при первичной обработке или дальнейшем лечении должно быть отвергнуто.

Школой А. А. Вишневого приводятся убедительные данные, свидетельствующие о положительном влиянии новокаиновой блокады или введения новокаина в вену для предупреждения расстройств нервной трофики: уменьшения деструкции нервных элементов субсерозного и ауэрбаховского сплетений кишечника (С. И. Иткин, 1960), ослабления дистрофических изменений в нервах вегетативных ганглиев (Р. О. Переверзева, 1962), ограничения развития гемоконцентрации и нарушений водно-солевого баланса (О. П. Никитина). Широкое применение новокаиновых блокад, обезболивающих средств, переливание крови и кровезаменителей, психотерапия вне зависимости от состояния больного, местное лечение с учетом фазности язвенного процесса способствуют благоприятному течению болезни.

Отдавая дань открытому методу лечения ожога, мы вели активную борьбу с плазмотерией (фибриновые пленки, мази и т. д.).

Известно, что при тяжелых ожогах, особенно в первые часы (шок), наступает значительное падение потребления кислорода. Развивающаяся при этом гипоксия носит циркуляторный характер. Указанные изменения не всегда возможно определить по величине АД. Так, у 28 больных, у которых АД было в пределах 100/70, кислородное голодание клинически проявлялось одышкой, цианозом видимых слизистых оболочек, тахикардией. Эти изменения были обусловлены падением минутного объема сердца. Поэтому всем больным проводили кислородную и инфузионную терапию. В то же время следует подчеркнуть, что внутривенные вливания значительных количеств жидкости не только опасны с точки зрения отрицательного влияния на пораженное ожоговой интоксикацией сердце, но и могут вызвать выраженные нарушения кислотно-щелочного равновесия и электролитные сдвиги. В связи с этим мы отдаем предпочтение инфузии крови. Наши наблюдения позволяют сделать вывод, что наличие белка или форменных элементов почек в моче обожженных не должно служить противопоказанием к переливанию крови.

Выраженная фаза ожоговой токсемии, наблюдавшаяся у 34 больных, характеризовалась лихорадкой, заторможенностью, депрессивным состоянием — клиникой общей интоксикации.

Вторую фазу ожоговой болезни А. А. Вишневский и М. И. Шрайбер (1966) рассматривают как своеобразную реакцию аутоагрессии, которая играет важную роль в патогенезе ожоговой болезни.

На основании нашего опыта мы пришли к заключению, что даже при ожогах III ст. в ряде случаев возможен переход в фазу реконвалесценции, минуя фазу септикотоксемии. Применение современных антибактериальных препаратов, контроль за обменными процессами и их коррекция при возникавших нарушениях, рациональное местное лечение позволили почти у всех больных избежать фазы септикотоксемии. Последняя наблюдалась лишь у одного больного.

Хотя при обширных ожогах в ряде случаев и наступает истощение надпочечников, мы относимся сдержанно к введению в организм пострадавшего кортикостероидных препаратов. Их применяли только тогда, когда отмечались явные клинические признаки кортикостероидного дефицита (тенденция к снижению АД). Подобное отношение к стероидной терапии ожогов аргументируется тем, что кортикостероиды резко снижают репаративные свойства организма.

В восстановительном периоде можно рекомендовать широкое применение анаболических гормонов (неробол, метиландростендиол, метандростенолон). Громадный

арсенал сил и средств, которым в настоящее время располагает хирург, позволяет в большинстве случаев предупредить развитие септикотоксемии и ожогового истощения. Длительное лечение (от 20 дней до года) позволило добиться выздоровления всех обожженных с полным восстановлением трудоспособности. Наш опыт показал, что успех лечения обожженных может быть достигнут только при условии полноценной комплексной терапии ожоговой болезни, высокой оперативности и дисциплинированности всего персонала.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А. А., Шрайбер М. И. Ожоговая болезнь. Киев, 1966.—
2. Иткин С. И. Эксп. хир. и анест., 1960, 3.—3. Переверзева Р. О. Эксп. хир. и анест., 1962, 6.

УДК 612.018—618.2

## О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ВНУТРИКОЖНЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРОБ

Ю. Г. Матвеев

*Акушерский отдел (руководитель — канд. мед. наук А. Л. Озерянская) Свердловского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества Минздрава РСФСР и городская больница № 2 Каменск-Уральска (главрач — М. С. Григорьева)*

В настоящее время для функциональной диагностики нередко применяются внутрикожные гормональные пробы [2, 6]. Некоторые авторы считают реакцию на внутрикожное введение гормонов проявлением эндокринной аллергии [12, 13, 15], другие связывают появление реакции с овуляцией или повышенным содержанием эстрогенов в организме [7, 10, 14]. Но Л. В. Герболинская не выявила в большинстве случаев зависимости между площадью кожного пятна и уровнем эстрогенной стимуляции. Отсутствие данных о внутрикожных пробах в конце беременности и в родах, а также противоречия в оценке диагностического значения внутрикожных гормональных проб затрудняют их использование в акушерстве и гинекологии. Целью нашей работы явилось выяснение характера связи между выраженностью реакции на внутрикожное введение гормонов и содержанием эстрогенов в организме, а также выявление степени специфичности гормональных проб.

Были проведены внутрикожные пробы с фолликулином у 82 беременных и 80 небеременных женщин, из которых 67 страдали нарушениями менструально-овариального цикла. Пробы с прогестероном поставлены у 64 небеременных и 32 беременных одновременно с пробами на фолликулин. Для выяснения реакции на синтетические эстрогены было проведено 18 проб с 0,1% и 15 проб с 0,5% раствором диэтилstilbэстрола у небеременных женщин. Неспецифическую ответную реакцию кожи мы определяли с помощью внутрикожных проб с индифферентным веществом — персиковым маслом — у 10 небеременных и 25 беременных женщин. Во всех случаях одновременно с введением диэтилstilbэстрола или персикового масла выполнялась проба с фолликулином. Количество внутрикожных проб, осуществлявшихся одновременно у одной и той же женщины, колебалось от 1 до 3. Пробы проводили у беременных за 3—10 дней до предполагаемого дня родов, у небеременных — за 7—14 дней до ожидаемой менструации. Фолликулин вводили в кожу передней поверхности бедра по 0,1—0,2 мл, стерильное персиковое масло — по 0,2 мл, другие препараты — по 0,1 мл. Для внутрикожных проб были сознательно выбраны значительные дозы масляных растворов гормонов, так как депо гормона в коже позволяло наблюдать изменения реакции в течение длительного времени. Измерения производили ежедневно. Степень реакции оценивали по диаметру возникающей гиперемии (средней величине двух взаимно перпендикулярных размеров гиперемии). Наименьшей реакцией, поддающейся измерению, была гиперемия с диаметром 5 мм. При сравнении реакций сопоставляли максимальные величины возникающей гиперемии. Выраженность инфильтрата обычно не учитывали ввиду трудности четкого определения его границ. У небеременных одновременно исследовали влагалищные мазки (4—7 раз в течение цикла), определяли феномен «зрачка» и кристаллизации слизи шейки матки, а также измеряли базальную температуру. Оценку мазков производили по М. Г. Арсеньевой, что позволяло более четко определить функциональную активность желтого тела. Карниопикнотический индекс подсчитывали с помощью микрометрического окуляра К7. Для оценки кристаллизации шеечной слизи пользовались методикой Р. Ф. Кашаниковой.

Как у небеременных, так и у беременных не было выявлено связи между выраженностью реакции на внутрикожное введение гормонов и возрастом, ростом, весом, росто-весовым показателем, конституцией женщины, а также числом родов и аборт. У небеременных при сохраненном менструальном цикле максимальные реакции на-