

I ст., у 7 — II-A ст., у 3 — II-B ст. Заболевания печени и желчных путей были у 8 больных, желудочно-кишечного тракта — у 5, носа и его придаточных пазух — у 7, женской половой сферы — у 9.

Клиническая картина бронхиальной астмы была у наших больных в подавляющем большинстве случаев типичной. У всех больных с осложнениями (эмфизема, пневмосклероз и др.) были выражены в той или иной степени явления хронического бронхита.

До лечения у 30 больных (из 40 исследованных) микрофлора мокроты была чувствительна к пенициллину, после лечения она оказалась чувствительной только у 8. Отмечена тенденция к нормализации некоторых показателей крови (эозинофилы, лейкоциты, РОЭ) после лечения.

Пробы с задержкой дыхания (пробы Штанге и Генча), ЖЕЛ, данные измерений окружности грудной клетки и частоты дыхания свидетельствуют об улучшении внешнего дыхания после лечения. Показатели АД могут быть пониженными, нормальными и повышенными как до, так и после лечения, что отмечено у наших больных и совпадает с литературными данными.

Мы вводили раствор пенициллина в новокаине в трахею разными способами и ни в одном случае не имели каких-либо осложнений. Эту манипуляцию больные переносят легко. После введения раствора в трахею больные выделяют большее количество мокроты непосредственно после введения, а потом ее количество уменьшается.

Промежутки между первым и повторными введениями раствора составляют 3—5 дней (в зависимости от тяжести случая, частоты приступов, давности заболевания). Раствор вводился в межприступном периоде (на курс лечения — 2—12 внутритрахеальных вливаний 300 000—500 000 ед. пенициллина, растворенного в 3—5 мл 0,25% новокаина).

Ближайшие результаты лечения: у 137 (97,8%) больных приступы бронхиальной астмы или астматического компонента исчезли; у 3 (2,2%) больных лечебного эффекта отмечено не было.

Из 137 на повторное лечение поступило 30 человек. Некоторые из них поступали несколько раз, главным образом во время вспышек вирусного гриппа в 1957, 1958 и 1959 гг.; повторная госпитализация была не раньше как через 3 месяца после предыдущей, давшей улучшение.

Отдаленные результаты лечения 72 больных бронхиальной астмой (по материалам диспансерного обследования в 1959—1960 гг., эти больные лечились в 1951—1958 гг.): двое умерли дома от развившейся хронической сердечно-сосудистой и легочной недостаточности; у 40 (из 70) больных приступы астмы не повторялись.

Анализируя случаи бронхиальной астмы, где наблюдались повторные приступы после лечения, мы нашли, что рецидивы возникают главным образом у тех лиц, которые нарушали предписанный им санитарно-гигиенический режим или болели гриппом.

Поступила 13 сентября 1962 г.

КРУПНОКАДРОВАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

(ОПЫТ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ВСПЫШКИ ГРИППА)

Асп. С. И. Авдонин

Первая кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф. М. Х. Файзуллин)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Заболевания придаточных пазух носа встречаются довольно часто. Число больных особенно возрастает во время и после вспышек катаров верхних дыхательных путей и гриппа.

За последние годы в литературе появились сообщения об использовании метода флюорографии для исследований придаточных пазух носа (В. И. Белецкий и Е. Н. Новик, 1954; В. М. Фомина-Сахарова, 1957; В. Г. Гинзбург, 1958; И. Бирцу и М. Рэдулеску, 1958; А. М. Цапалин и Б. А. Китайгородский, 1959; А. И. Бухман, 1959; Г. Н. Гурский, 1961).

Однако до сих пор флюорографические исследования придаточных пазух носа проводятся крайне редко. Это связано с тем, что выпускаемые промышленностью флюорографы предназначены для исследований грудной клетки, а для флюорографии придаточных пазух носа необходимы довольно существенные изменения в их конструкции, особенно при использовании мелкокадровых флюорографов.

Учитывая это, мы стремились к такой методике флюорографии придаточных пазух носа, которая не затрудняла бы проведение исследований легких.

Работая на крупнокадровом флюорографе фирмы ТУР (ГДР), мы совместно с В. А. Новиковым изготовили дополнительное приспособление для исследований черепа, которое даст возможность быстро (2—3 минуты) переходить от флюорографии легких к исследованию придаточных пазух носа и наоборот¹.

Это приспособление с головодержателем особой конструкции обеспечивает получение достаточно резких, правильно центрированных, увеличенных в 1,5 раза флюорографических изображений придаточных пазух носа при высокой пропускной способности флюорографа (до 70 и более человек в час).

Исследования проводились в носо-подбородочной проекции при вертикальном положении исследуемых.

Технические условия: фокусное расстояние — 80 см, напряжение тока — 90—95 кВ, сила тока — 50 мА, выдержка — 2 секунды. Снимки производились на рулонную перфорированную пленку РФ-3, шириной 7 см, чувствительностью 1000 обратных рентген.

Методом крупнокадровой флюорографии нами проведены исследования придаточных пазух носа у 585 амбулаторных больных, перенесших грипп. Больные, направляемые на флюорографическое исследование придаточных пазух носа, предварительно осматривались ЛОР-специалистами поликлиник № 1, 2, 3, 7 и 12 г. Казани, при этом указывался предполагаемый диагноз.

Из общего числа обследованных изменения в придаточных пазухах на флюорограммах обнаружены у 347 больных (59,32%), а у 238 больных пневматизация пазух оказалась не нарушенной.

Диффузные и ограниченные утолщения слизистой оболочки пазух отмечены у 189 больных (54,46% от 347), наличие жидкости в пазухах — у 76 (21,90%), кисты — у 17 (4,92%); у 65 (18,73%) природа затенений на флюорограммах не ясна.

Из 76 больных с жидкостью в пазухах у 21 определялись горизонтальные уровни жидкости, у 14 — параболические границы, у 25 — сочетание жидкости и гиперплазии слизистой оболочки. Приводим несколько наших флюорографических наблюдений (рис. 1 — I, II, III, IV).

По локализации выявленные изменения распределились следующим образом: поражение гайморовых пазух — у 244 человек (70,32% от 347), поражение лобных пазух — у 11 (3,17%), поражение гайморовых и лобных пазух одной стороны — у 24 (6,91%), поражение гайморовых и лобных пазух обеих сторон — у 68 (19,60%). Нарушений пневматизации основных пазух нами не отмечено, хотя при исследовании в носо-подбородочной проекции они определялись достаточно отчетливо на фоне открытого рта. Не было изолированных поражений решетчатого лабиринта, однако при изменениях в гайморовых и лобных пазухах в ряде случаев одновременно наблюдалось затенение и ячеек решетчатого лабиринта.

Из 585 больных 328 были направлены на флюорографию придаточных пазух носа с диагнозами: острый синусит и обострение хронического синусита, а 257 не имели выраженных клинических проявлений синусита при объективном обследовании, но предъявляли жалобы на слабость, понижение трудоспособности, головные боли после гриппа.

¹ Описание конструкции приспособления принято к печати в журнал «Вестник рентгенологии и радиологии».

В первой группе обследованных флюорографически изменения в придаточных пазухах обнаружены у 216 больных (65,85% от 328), а у 112 изменений не выявлено. Во второй группе изменения в придаточных пазухах на флюорограммах обнаружены у 132 (51,36% от 257), и у 125 изменений не отмечено.

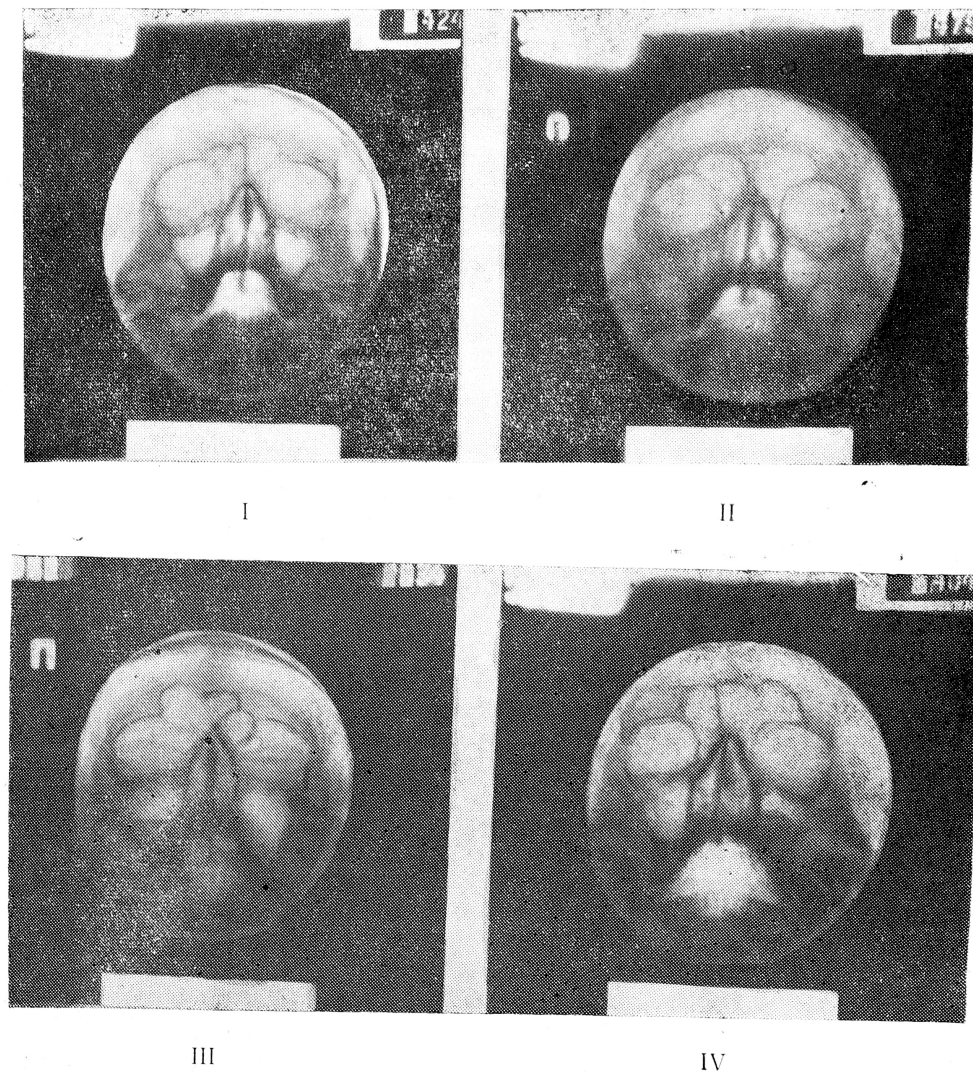


Рис. 1. Флюорограммы придаточных пазух носа:
 I — нормальная пневматизация пазух; II — диффузное утолщение слизистой оболочки правой гайморовой пазухи; III — горизонтальный уровень жидкости в правой гайморовой пазухе; IV — киста левой гайморовой пазухи.

В ряде случаев для уточнения характера выявленных изменений и контроля за эффективностью лечения больные направлялись на повторное флюорографическое исследование придаточных пазух носа. Из 13 больных, наблюдавшихся в динамике, у 4 при повторном исследовании наблюдалось появление горизонтальных уровней жидкости в пазухах, где ранее определялись однородные интенсивные затенения; у 2 — восстановление нормальной пневматизации пазух; у 7 картина поражений пазух на флюорограммах не изменилась.

Появление горизонтальных уровней жидкостей в пазухах после противовоспалительной терапии подтверждает мнение М. Х. Файзул-

лина о том, что горизонтальные уровни образуются при свободном сообщении пазухи с носовой полостью.

С диагностической и лечебной целями 33 больным после флюорографического исследования произведены проколы гайморовых полостей. Из них у 20 больных при пункции установлен гнойный процесс, у 1 — киста, у 12 — промывные воды при пункции оказались без патологических примесей. При этом предварительное заключение, по данным крупнокадровой флюорографии, у 21 больного подтвердилось полностью, у 7 при пункции получены дополнительные данные, а у 5 заключение, по данным крупнокадровой флюорографии, при пункции не подтвердилось. Следует отметить, что в последних случаях пункция производилась спустя 2—3 недели после флюорографического исследования.

Ранее на другом контингенте больных нами проведено сопоставление данных крупнокадровой флюорографии и метода стандартной рентгенографии придаточных пазух носа. Сравнительная оценка данных обоих методов при исследовании 205 больных показала, что по диагностической ценности крупнокадровая флюорография мало уступает рентгенографии. К аналогичному выводу приходит и А. И. Бухман. Поэтому при обследовании амбулаторных больных мы прибегали к контрольной рентгенографии придаточных пазух носа только в горизонтальном положении исследуемых, получая при этом важные для заключения данные, связанные с изменением положения больного при исследовании.

Отображение патологических процессов в придаточных пазухах носа на флюорограммах имеет свои особенности. Так, пристеночные теневые наслоения в пазухах при острых катаральных и хронических гиперпластических процессах, а также полукруглые тени кист на флюорограммах представляются более интенсивными и подчеркнутыми, чем на рентгенограммах. В связи с исследованием больных в вертикальном положении, наличие жидкости в пазухах может давать на флюорограммах горизонтальные и параболические верхние контуры затенений. По той же причине кисты гайморовых полостей, уплощаясь, могут симулировать горизонтальные уровни жидкости, давая так называемый симптом уплощения кисты (А. И. Бухман). Однако при тщательном изучении флюорограмм в таких случаях удается заметить закругление «горизонтального уровня» книзу у наружной или медиальной стенок пазух. В сомнительных случаях правильно решить вопрос помогает рентгенография в горизонтальном положении больного. При этом киста приобретает обычные очертания с выпуклостью верхнего контура, а жидкость дает равномерное затенение пазухи.

ВЫВОДЫ

1. Крупнокадровые флюорографы, имеющие прямым назначением исследования грудной клетки, могут использоваться для исследований придаточных пазух носа. Применение для этой цели съемных приспособлений для исследования черепа не требует изменений в конструкции флюорографа и тем самым не затрудняет проведение основной работы по профилактическим исследованиям легких.

2. Флюорография для исследований придаточных пазух носа в поликлинических условиях особенно целесообразна во время сезонных и эпидемических заболеваний верхних дыхательных путей для раннего выявления осложнений в виде синуситов и контроля за эффективностью их лечения.

3. Необходимо учитывать особенности флюорографического отображения патологических изменений в придаточных пазухах носа: подчеркнутость и интенсивность пристеночных теневых наслоений при

утолщениях слизистой оболочки, горизонтальные и параболические границы затемнений при наличии жидкости, уплощение кист гайморовых пазух.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. И. и Новик Е. Н. Врач. дело, 1954, 2.—2. Бухман А. И. Тез. докл. VII Всесоюз. съезда рентгенологов и радиологов, Саратов, 1958; Вест. рентген. и радиол., 1959, 1; Флюорография придаточных пазух носа. Канд. дисс., М., 1960.—3. Гинзбург В. Г. Частные вопросы рентгенологии и радиологии, М., 1961.—4. Гурский Г. Н. В сб. докл. I Дальневосточной научно-практической конференции рентгенологов и радиологов, Владивосток, 1961.—5. Файзуллин М. Х. Вести. рентген. и радиол., 1957, 1; Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных полостей носа, М. 1961.—6. Фомина-Сахарова В. М. В сб. работ Крымской обл. больницы им. Н. А. Семашко, посвящ. памяти Н. И. Пирогова, Симферополь, 1957.—7. Цапалин А. М. и Китайгородский Б. А. Воен.-мед. журн., 1959, 2.—8. Birzu J. a. Radulescu M. Excerpta medica, 1958, august, 20—23.

Поступила 3 октября 1962 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИХЛОРВИНИЛОВОЙ СЕТКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

В. В. Алексеев

Республиканская клиническая больница (главврач — Ш. В. Бикчурин) и кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института

Опыт применения различных аллопластических материалов для закрытия больших мышечно-апоневротических дефектов при вентральных и паховых грыжах освещен широко, но продолжает интересовать широкие круги практических врачей. Предложенные материалы: металлические сетки — танталовая, стальная, из виталия нередко фрагментируются; нейлон, капрон и дакрон часто вызывают серозиты с последующим отторжением; лучше приживают пластины поливинилалкоголя и других синтетических смол.

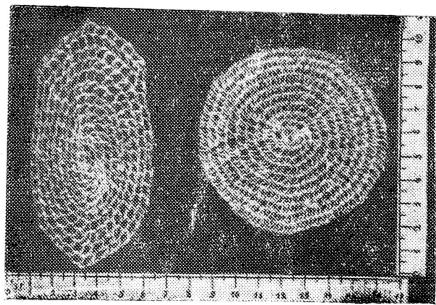


Рис. 1. Вид сетки.

Мы остановили свой выбор на общедоступном, хорошо известном материале — полихлорвиниловой рыболовной жилке, которую можно приобрести в магазине спорттоваров в любом количестве и желаемой толщины. Мы использовали жилку сечением в 0,15—0,2 мм, метровый кусок которой выдерживает груз до 1,5 кг. Из нее вязальным крючком сплеталась по типу обычных кружев редкая сетка (с ячейками в 3—4 мм) нужного размера и формы (рис. 1).

Сетка диаметром в 7—8 см выдерживает в центре давление до 12 кг.

Сетка перед операцией стерилизуется кипячением в течение 30 мин, при этом свойства эластичности и прочности она не теряет. При операции сетку пришивают

к апоневрозу и мышцам с помощью шелковых узловатых швов. Предварительное вшивание ее под кожу кроликам показало инертность к тканям и хорошее прорастание соединительной тканью.

При бактериологическом исследовании смыва после 30-минутного кипячения поливинилалкогольной губки и полихлорвиниловой сетки в 30 случаях посев с сетки ни разу не дал роста, из 30 смывов с губки в 4 случаях наблюдался рост микрофлоры.

Известно, что после пластики губкой в области трансплантата определяются припухлость и уплотнение. Предложенная нами сетка легко и плотно обрастает соединительной тканью, не вызывая никаких жалоб или осложнений в дальнейшем, и в то же время надежно закрывает участок бывшего дефекта.