

колебалось в пределах 0,095—0,12"; у больных с умеренно выраженными признаками атеросклероза 0,065—0,085"; и у больных с постинфарктным кардиосклерозом и гипертонической болезнью 0,04—0,06". Средние цифры представлены в таблице.

Средние цифры времени запаздывания у различных групп обследованных

Группы	Статистические показатели в сек		
	М	$\pm\sigma$	$\pm m$
Здоровые	0,104	0,008	0,0015
С умеренно выраженным склерозом	0,074	0,007	0,0016
С выраженным склерозом	0,053	0,009	0,0020

Обозначения: М — среднее арифметическое,
 σ — средняя квадратическая ошибка отклонения,
 m — средняя ошибка.

ВЫВОДЫ

1. Метод регистрации малых колебаний давления при записи сфигмограмм является одним из наиболее простых и удобных в практике исследований сердечно-сосудистой системы.

2. По форме и величине кривых, полученных при помощи данного метода, можно косвенно судить об объеме протекающей через сосуд крови у одного и того же лица в ходе функциональных исследований.

3. По кривым пульса, записанным с помощью предложенного метода, можно определять фазу изгнания при полиграфических исследованиях фаз сердечного сокращения.

4. Определение времени запаздывания от art. brachialis до art. tibialis может быть вспомогательным методом, отображающим степень атеросклеротического поражения сосудов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосова М. А., Карпман В. Л. Патол. физиол., 1959, 6.— 2. Бабский Е. Б., Гурфинкель В. С., Ромель Е. Л., Якобсон Л. С. Бюлл. экпер. биол. и мед., 1954, 2.— 3. Карпман В. Л. Кардиология, 1961, 5.— 4. Лукьянов Е. К., Львов А. М., Саморуков И. А., Урингоф Р. Н. Мед. промышл. СССР, 1959, 11.— 5. Мясников А. Л. В кн. Атеросклероз. Медгиз, М., 1960.— 6. Никитин В. Н. Клин. мед., 1959, 6.— 7. Савицкий Н. Н. Неко-
 торые методы исследования и функциональной оценки системы кровообращения. Медгиз, Л., 1956.— 8. Фельдман С. Б. Клин. мед., 1960, 3.— 9. Хвиливицкая М. Н., Николаева А. В., Тур А. Ф., Офицеров В. Н. Тер. архив, 1924, 6.— 10. Уиггерс К. Динамика кровообращения. Изд. иностр. лит. М., 1957.— 11. Blumherger K. Ergebn. inn. Medicin. 1942, 62.

Поступила 28 марта 1963 г.

ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИОГРАФИИ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Асп. Л. Х. Мавзютов

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин) Казанского
 медицинского института

Лечение облитерирующих заболеваний сосудов конечностей относится к сложным и еще не решенным полностью проблемам хирургии. Об этом свидетельствует многочисленность методов консервативного и хирургического лечения и, в ряде случаев, их безуспешность. К ампутациям конечности пришлось прибегнуть Н. Е. Лебедеву (1960) в 21,7% случаев, А. А. Бегельману (1960) в 7%, причем последний объясняет низкий процент ампутаций проводимой им диспансеризацией больных.

На необходимость создания диспансерных пунктов для больных облитерирующим эндартериитом указывал А. Т. Лидский в 1951 году; важность организации профилактики и диспансерного лечения подчеркивал в 1953 г. В. Н. Шубин; эффективность диспансеризации при лечении ранних форм облитерирующего эндартериита доказала в 1958 г. В. А. Сабурова; М. В. Прокопишин в 1962 г. сообщил о работе специализированного диспансерного пункта.

Диспансеризация больных эндартериитом осуществляется нашей клиникой с 1953 г. На учете состоит 186 больных, причем многие лечились в клинике три, четыре и более раз.

В 1961—1962 гг. нами обследовано и получили лечение 119 больных, из которых 52 стоят на длительном диспансерном наблюдении и 67 вновь взяты на диспансерный учет.

Для объективной оценки состояния артериальных сосудов 88 больным была проведена ангиография сосудов нижних конечностей, из них 42 больным, находящимся на диспансерном наблюдении, сделано 64 ангиограммы.

Об использовании ангиографии при облитерирующем эндартериите в последнее время сообщали В. А. Сабурова (1958), М. И. Гольдштейн и М. Ф. Мусин (1961), С. И. Сельдингер (1959), М. Хербст, К. Бок, Г. Шлейсинг и В. Урзинус (1961) и др. Г. Г. Степанова производила ангиографию сосудов конечностей с целью проверки эффективности лечения внутриаrтериальными введениями ацетилхолина. Э. М. Грапман (1962), В. Д. Комаров, А. А. Гринберг и И. И. Затевахин (1962) применили ангиографию для целей дифференциальной диагностики хронической непроходимости артерий нижних конечностей.

Нами ангиография производилась на серийном рентгеновском аппарате УРДд-110 К-4. Фокусное расстояние 85 см, выдержка 0,4—0,6 сек, при снимках на уровне бедра дается 61 кВ, при снимках на уровне голени — 50 кВ. В качестве контрастного вещества применялся или 50% раствор кардиотраста, или 70% раствор диодон-спофа. 20 мл контрастного вещества вводили чрезкожно в бедренную артерию непосредственно под паховой связкой. Снимки бедра производили в конце введения контрастного вещества, а голени — не позднее чем через 1—1,5 сек после введения. Для хороших снимков бедра достаточно одномоментной ангиографии, при снимках голени мы делали 2—3 снимка с быстрой ручной сменой кассет. При отсутствии пульсации бедренной артерии чрезкожная пункция ее не удается, в этих случаях производили обнажение бедренной артерии в Скарповском треугольнике и пунктировали ее под контролем зрения. Накануне исследования проверяли чувствительность больных к йодистым препаратам, для чего внутривенно вводили 1 мл раствора кардиотраста или диодона. Для обезболивания при ангиографии подкожно вводили 1% раствор новокаина, перед инъекцией контраста в артерию вводили для обезболивания и снятия спазма 5—10 мл 1% раствора новокаина.

Применяя такую методику, мы не имели осложнений, указанных в литературе: ухудшения основного процесса, некроза кожи или расслаивающей аневризмы бедренной артерии, кровотечения, с образованием подкожной гематомы. 6 больным контрастное вещество было ошибочно введено паравазально, что сопровождалось умеренными болями, которые исчезали в течение суток одновременно с рассасыванием контрастного вещества.

Ангиография проведена у 40 мужчин и 2 женщин. В возрасте от 20 до 30 лет было 4, от 30 до 40 — 9, от 40 до 50 — 11, от 50 до 60 — 5 и старше 13 больных.

По срокам диспансеризации больные распределялись таким образом: до 2 лет — 2, до 5 — 18, до 10 лет — 19 и свыше 10 лет — 3 человека. Для всех стадий облитерирующего эндартериита характерно сужение основного ствола артерии и крупных коллатеральных ветвей, крупные и мелкие коллатеральные ветви приобретают сильно извитой вид. При облитерации магистрального сосуда проксимальный его отрезок также может быть извитым. Контуры сосудов ровные. Облитерированные концы резко обрываются, тупые. Облитерация наступает преимущественно в дистальных отделах голени или бедра, просвет артерии дистальнее места облитерации не обнаруживается. Часто встречается облитерация коллатералей, начиная с дистальных отделов конечностей. В таких случаях болезнь не поддается консервативной терапии.

Для ангиографической картины при облитерирующем атеросклерозе характерны: неровность контуров основного ствола, чаще в нескольких местах, артерия приобретает четкообразный вид. Коллатеральные ветви умеренно извитые или прямые. Полный перерыв артерии наступает в одном или нескольких местах проксимального отдела артерии, просвет артерии в дистальном отделе сохранен за счет коллатералей.

Закономерности ангиографической картины позволяют применить данные ангиографии для дифференциального диагноза между облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом сосудов конечностей. Эндартериит был диагностирован у 28 больных, состоящих на длительном диспансерном учете, атеросклероз — у 14, причем 7 из них ранее состояли на учете как больные с эндартериитом. С облитерирующим эндартериитом I ст. был 1, II ст. — 25 и III ст. — 2 больных, с облитерирующим атеросклерозом II ст. — 13 и III ст. — один.

39 больных не предъявляли жалоб на боли в конечностях или жаловались на умеренные боли, появляющиеся при длительной ходьбе. 12 человек считали себя здоровыми и прибыли для обследования только по нашему вызову. При изучении арте-

риограмм, полученных у этих больных, установлено, что благоприятные отдаленные результаты объясняются тремя типами сохранившейся артериальной сети конечностей:

1. Стойкое сохранение основного ствола артерии, хотя и суженного на всем протяжении (у 18 больных облитерирующим эндартериитом).

2. Полный перерыв основного ствола или резкое сужение нескольких участков бедренной артерии, с обильно развитой сетью коллатералей, достаточной для кровоснабжения дистальных отделов конечности (у 9 больных облитерирующим атеросклерозом).

3. Полная облитерация дистального отдела с сохранением основного проксимального отдела артерии. Кровоснабжение голени происходит мелкими коллатеральными ветвями (у 12 больных эндартериитом).

У тех немногих больных, когда имелась облитерация бедренной артерии, а сеть коллатералей была плохо развита, больные жаловались на постоянные, не поддающиеся лечению боли и дело оканчивалось ампутацией конечности из-за наступающей гангрены, что и произошло у 2 больных облитерирующим эндартериитом и у 1 — атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Неблагоприятные результаты лечения у них можно объяснить тем, что больные не соблюдали предложенного им режима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грапман Э. М. Клин. мед., 1962, 10.— 2. Гольдштейн М. И., Мусин М. Ф. Хирургия, 1961, 5.— 3. Комаров Б. Д., Гринберг А. А., Затевахин И. И. Клин. хир., 1962, 10.— 4. Прокопишин М. В. Клин. хир., 1962, 10.— 5. Сабурова В. А. Диспансеризация и лечение ранних форм облитерирующего эндартериита. Автореф. канд. дисс., Казань, 1958.— 6. Степанова Г. Г. Данные артериографии при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей. Обл. изд., Ужгород, 1962.— 7. Шубин В. Н. Хирургия, 1953, 3.— 8. Herbst M., Bock K., Schleusing G., Ursinus W. Zbl. f. Chir. 1961, 3.— 9. Seldinger S. I. Acta Radiol., 1959, 39.

Поступила 13 июля 1963 г.

О КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ, ПРИНЯТОЙ ВСЕСОЮЗНЫМ СИМПОЗИУМОМ ТЕРАПЕВТОВ 12 МАЯ В МИНСКЕ

Проф. К. Г. Никулин
(г. Горький)

Несмотря на более чем 150-летнюю историю изучения хронической неспецифической пневмонии, до последнего времени не было единства мнений в отношении патогенеза, клинических форм и самой номенклатуры пневмонии. Е. А. Домбровская приводит свыше 41 наименования хронической пневмонии. Многочисленные классификации, предлагавшиеся различными авторами (А. Т. Хазановым, А. Я. Цигельником, И. К. Есиповой, Н. Н. Высоцким, К. Г. Никулиным, Г. А. Зедгенидзе и Л. Д. Линденбрауном и др.), облегчили взаимопонимание, но не ликвидировали различия взглядов на патогенез и клинические формы хронической пневмонии. Осталась и терминологическая несогласованность.

Необходимость единства взглядов на хронические пневмонии в целях дальнейшего прогресса их изучения и клинической практики была отмечена XV Всесоюзным съездом терапевтов.

В соответствии с этим симпозиум, состоявшийся 12 мая в г. Минске, обсудил этот вопрос и принял нижеприведенную классификацию хронической пневмонии.

К 1-й стадии отнесены затянувшаяся пневмония свыше 6 недель и повторная пневмония на фоне хронического бронхита. Срок в 6 недель имеет принципиальное значение, так как предусматривает обратимость хронической пневмонии. Пневмонии с давностью свыше 2—3 месяцев очень часто сопровождаются пневмосклерозом, бронхоэктазами и гнойниками в легком. В принятой симпозиумом классификации подобная форма пневмонии отнесена ко 2-й стадии.

Выделение обратной хронической пневмонии является положительной стороной классификации, так как требует от лечащего врача доведения больного с острой пневмонией до полного рассасывания инфильтрации. В этом мы видим профилактическую направленность классификации.

Повторные пневмонии на почве хронического бронхита указывают на причинную зависимость пневмонии от нарушения бронхиальной проходимости. Подобные пневмонии носят перибронхитический характер и имеют склонность к диффузному распространению. Многие причисляют их к интерстициальным пневмониям.

Во 2-й стадии подчеркивается дальнейшее развитие процесса по ограниченному типу в сторону пневмосклероза с образованием долевых или сегментарных бронхо-