

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. Линденбратеном 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-

Классификация хронической пневмонии

Стадии б-ни	Клинические формы	Рентгенологические изменения	Фазы б-ни	Симптомы	Функция дыхания и кровообращения
1.	Затяжная более 6 недель пневмония, повторная на фоне хронического бронхита.	Инфильтративные изменения в легких или перибронхиальная инфильтрация.	Обострение и ремиссии	Кашель, лихорадка, отделение мокроты и прочие симптомы пневмонии.	Указать наличие и степень изменения.
2.	Учащение рецидивов пневмонии и развитие процесса по типам: а) ограниченного нагноения, пневмосклероза, бронхоэктазов; б) диффузного перибронхитического пневмосклероза, астмоидного бронхита, эмфиземы.	В период обострения инфильтративные изменения в легких и перибронхиальная инфильтрация. Умеренно выраженный пневмосклероз, бронхоэктазы, эмфизема, абсцидирование.		Симптомы пневмонии, диффузного пневмосклероза, эмфиземы, бронхоэктазов, абсцидирования.	
3.	То же при более выраженных проявлениях.				

Примечания: 1. Полное сочетание всех симптомов болезни по стадиям не обязательно.
2. При возможности бактериологического исследования указать этиологию процесса.
3. В диагнозе должна быть указана локализация процесса, желательно по сегментам.

эктазов и абсцидирования и диффузного перибронхитического с астмоидным бронхитом и эмфиземой. Астмоидный бронхит и эмфизема являются здесь следствием нарушения бронхиальной проходимости воспалительного типа. В периоды обострения возможно присоединение и спазма, усиливающего астмоидное состояние. В отличие от аллергической астмы при астмоидном бронхите имеется постоянное наличие затрудненного выдоха, отсутствие сопутствующих аллергических реакций и периодов полного восстановления проходимости бронхов. Анамнез тесно связан с многолетним хроническим бронхитом.

В 3-й стадии хроническая пневмония становится непрерывно рецидивирующей с явлениями гнойной интоксикации при полной потере трудоспособности. Обострения протекают на фоне клинически выраженного гнойного процесса при ограниченной форме и резкого нарушения функции внешнего дыхания и правожелудочковой недостаточности при перибронхитическом типе.

В графе 2-й представлены рентгенологические изменения по стадиям пневмонии. Выделение рентгеновских изменений в особую главу объясняется решающим значением рентгеновских симптомов в диагностике хронической пневмонии. При современном лечении, ведущем к быстрому снятию клинических симптомов воспаления, рентгеновская инфильтрация часто является единственным признаком затянувшейся пневмонии. То же можно сказать и в отношении перибронхиальной инфильтрации. Нужно отметить, что перибронхиальную инфильтрацию подчас трудно отличить от сосудистого рисунка. В этих случаях мелкопузырчатые хрипы в области усиленного сосудистого рисунка помогают диагностике.

Необходимо центрировать внимание лечащих врачей на выделение рентгеновских симптомов для правильной оценки динамики воспаления и полноты излечения. В этом отношении имеется явное неблагополучие. По нашим материалам, примерно треть больных выписывается с клиническим выздоровлением при наличии неполностью рассосавшейся пневмонической инфильтрации.

Во 2-й стадии инфильтративные изменения в легких развертываются на фоне ограниченного пневмосклероза, бронхоэктазий и абсцидирования или диффузного пневмосклероза и эмфиземы. Здесь уже отчетливо выражен гнойный фон при ограниченном воспалении и нарушении функции дыхания при диффузном. Вторую стадию хронической пневмонии можно считать необратимой. Ремиссии при применении антибиотиков лишь замедляют, но не приостанавливают процесса. Абсцессы могут и рубцеваться, что может привести к более или менее длительной ремиссии. В большинстве случаев это излечение нестойкое, так как ограниченный пневмосклероз ведет к

облитерирующему бронхиту и к возврату воспаления. Нужно отметить, что инфицирование бронхов со сниженной эвакуаторной функцией чрезвычайно облегчено. Наличие пневмосклероза после затянувшейся пневмонии всегда требует бронхографического исследования. На фоне пневмосклероза часто открываются клинически не выраженные, сухие бронхоэктазы.

В 3-й стадии рентгеновская инфильтрация в легких и перибронхиальной ткани становится стойкой. Клинические ремиссии сочетаются с сухими абсцессами, бронхоэктазами, отчетливо выступающими при рентгеновском обследовании. Ремиссии не являются полными. В этой стадии довольно часто встречается сочетание диффузного перибронхитического пневмосклероза, астмоидного бронхита, эмфиземы с бронхоэктазами и абсцидированием. Отчетливо выражена тенденция к дальнейшему распространению процесса.

Клинические симптомы представлены в классификации лишь общими положениями. Это дает лечащему врачу широкие возможности в оценке диагностического значения различных сочетаний симптомов в любой из стадий пневмоний. В 1-й стадии это симптомы затянувшейся пневмонии сегментарной, долевого или перибронхитической. Во второй стадии к симптомам пневмонии присоединяются проявления абсцидирования и бронхоэктазий. Отчетливо выявляются симптомы нарушения бронхиальной проходимости, астмоидного бронхита и эмфиземы при перибронхитической форме. В период ремиссии симптомы пневмонии, бронхоэктазий и абсцидирования, так же как и клинические проявления астмоидного бронхита и эмфиземы, могут уменьшиться, но полностью не исчезают.

В 3-й стадии клинические симптомы характеризуются большей выраженностью, распространенностью и постоянством с наличием гнойной интоксикации, резко выраженных проявлений нарушения бронхиальной проходимости, астмоидного бронхита и эмфиземы.

Функция дыхания и кровообращения не разбита по стадиям заболевания. Это объясняется несовпадением клинических стадий при отдельных формах пневмонии с функциональными нарушениями. При ограниченных нагноениях и бронхоэктазах даже в третьей стадии функция дыхания и кровообращения может быть не нарушенной, в то время как при перибронхитическом типе воспаления нарушение функции внешнего дыхания с гипертензией в системе легочной артерии и гипертрофией правого желудочка имеет место уже во второй стадии. В 3-й стадии перибронхитическая форма хронической пневмонии сочетается с декомпенсацией правого желудочка, венозным застоем и выраженной гипоксемией.

Принятая Всесоюзным симпозиумом терапевтов классификация хронической пневмонии отличается простотой и дает возможность уложить в ее рамки все многообразие морфологических, рентгенологических и клинических проявлений хронической пневмонии.

Поступила 11 июня 1964 г.

ИСТОКИ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Проф. И. Ф. Харитонов

Зав. кафедрой факультетской хирургии Казанского медицинского института

Давно уже мысль о создании обезболивания только в месте оперативного вмешательства владела умами хирургов. В XVI, XVII и XVIII веках для этой цели употреблялось наложение жгута на конечность и применение холода путем обкладывания льдом или снегом места операции. В 70-х годах прошлого столетия вместо льда для понижения температуры ограниченных областей тела стали применять распыление эфира, бромэтила и хлорэтила. В 1896 г. на эту тему была защищена докторская диссертация И. Ефремовским. На основе анализа 1000 случаев обезболивания холодом автор приходит к заключению, что эта анестезия может быть достаточной только для операций на коже и слизистых оболочках.

В 1859 г. Ниманом был открыт алкалоид кокаин. Он же обратил внимание на его местноанестезирующую способность. Впервые свойство кокаина вызывать анестезию слизистых при смачивании им и при впрыскивании под кожу было изучено русским ученым В. К. Анрепом в 1880 г.

Впервые кокаин для обезболивания глаз был применен И. Н. Кацауровым, работавшим в Ярославле. Под этим обезболиванием он удалил металлическое инородное тело из роговицы, сделал операцию по поводу катаракты и удалил глазное яблоко при глаукоме (1884 г.).

А. И. Лукашевич в 1885 г. разработал проводниковую анестезию кокаином. Одновременно с ним проводниковую анестезию предложили Гольстед и Оберет (1885). С проводниковой анестезией оперировали П. А. Герцен, Войно-Ясенецкий и др.