

Возможно, тромбоз был уже и при операции, но не был диагностирован. Таким образом, летальность при остром аппендиците составила 0,51%.

Среднее количество дней пребывания больных на койке составляет 7—8 дней: при флегмонозном — 8—9 дней, при гангренозном — 15 дней, при эмпиеме отростка — 10 дней, при аппендиците с инфильтратом — 14 дней. Самое длительное пребывание на койке было при гангренозном аппендиците — 73 дня, и лишь в одном случае — 135 дней при нагноении эхинококка печени в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

1. Ежегодно по поводу острого аппендицита оперируется от 26 до 35 человек на 10 000 населения.

2. Диагностические ошибки составляют 3,97%.

3. Помимо диагностических ошибок, одной из причин расхождений клинического и операционного диагнозов надо считать развитие заворота (непроходимости) отростка с клинической картиной острого аппендицита; устранение этой причины расхождений диагноза требует дальнейшего изучения.

5. Хотя показатели сроков госпитализации, по нашим данным, не хуже, чем у других авторов, необходимо добиться госпитализации и операции больных в первые сутки от начала заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А. Тр. 1-й Всероссийской конф. хир., 1956, Куйбышев.—2. Баринов Г. А. Вест. хир., 1961, 11.—3. Галин Н. С. Вест. хир., 1961, 11.—4. Долецкий С. Я. и Кучегурова М. М. Хирургия, 1962.—5. Иосетт Г. Я. Тр. 1-й Всеросс. конф. хирургов.—6. Колесов В. И. Острый аппендицит. Л., 1959.—7. Леонова Л. Н. Вест. хир., 1959, 12.—8. Макаренко А., Спасокукоцкий С., Петров В. Заворот кишок. БМЭ, т. 10.—9. Мещерякова К. В. Тр. I Всеросс. конф. хирургов.—10. Напалков П. Н. Там же.—11. Петров Б. А. Аппендицит, БМЭ, т. 2.—12. Чухриенко Д. П. Руководство по хирургии. Медгиз, М., 1960, т. 7.

Поступила 30 декабря 1962 г.

КРУПНОКАДРОВАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ¹

М. А. Берзак, К. С. Шендрик и Ю. Г. Шендрик

14 детская консультация медсанчасти (нач. — Е. И. Каганова) и Куйбышевская областная больница им. М. И. Калинина (главврач — Е. И. Пугачева). Научный руководитель — проф. М. Х. Файзуллин

Несколько уступая качественно стандартной рентгенографии, крупнокадровая флюорография выгодно отличается простотой, быстротой, экономичностью, массовостью, относительной профессиональной безвредностью при достаточно высокой разрешающей способности. Необходимым условием является наличие мощной, острофокусной рентгеновской трубки (с вращающимся анодом) и высококачественной оптики (с разрешающей способностью 1:0,85), высокочувствительного флюорографического экрана и пленки. С помощью стандартной рентгенографии проведение массовых исследований придаточных пазух носа с организационной стороны неприемлемо.

Доза облучения на крупнокадровом флюорографе, по дозиметрическим данным А. И. Бухман (1959), при напряжении 95 *kV*, силе тока 40 *mA*, фокусном расстоянии 85 *cm* и времени экспозиции 2,5 *сек* не превышает 3 *p*.

Главная задача флюорографии — своевременное обнаружение и ликвидация клинически бессимптомных патологических состояний слизистой оболочки околоносовых пазух для предотвращения возможных хронических воспалительных и других заболеваний со всеми неблагоприятными для организма последствиями.

Преимуществом групповых рентгено-флюорографических исследований перед спорадически проводимой стандартной рентгенографией является то, что она прово-

¹ Доложено на заседании Куйбышевского областного научного медицинского общества оториноларингологов 28 ноября 1962 г.

дится не по клиническим показаниям (при обращении к врачу с определенными жалобами), а в плановом диспансеризационном порядке, с одновременным охватом больших контингентов обследуемых.

А. И. Бухман и И. Г. Лагунова (1960) при флюорографических исследованиях больных гриппом в эпидемическую вспышку 1957 г. выявили более чем у 50% патологические изменения в придаточных пазухах носа, между тем Ф. Г. Эпштейн, Н. В. Сергеев и Е. Ю. Сорокина (1958) в то же время и в том же городе рентгенологически выявили осложнения со стороны лор-органов лишь в 4,5—8%.

Мы проводили групповое флюорографическое исследование околоносовых пазух в неэпидемический период среди рабочих, работа которых связана с длительным вдыханием агентов, механически и химически раздражающих дыхательные пути. Исследованию подверглись лица с производственным стажем от 5 до 20 лет. Флюорографически выявлено патологическое состояние в околоносовых пазухах у 15—40% в зависимости от профессии.

Основное внимание до последнего времени уделялось флюорографическому исследованию взрослых. В детском возрасте эти исследования, судя по имеющимся в нашем распоряжении литературным данным, применялись весьма ограниченно. Так, флюорографическое исследование школьников, страдающих аденоидами и перенесшими инфекционные заболевания, проводилось в Москве А. И. Бухман и И. Г. Лагуновой (1959, 1960), в Симферополе — В. М. Фоминой-Сахаровой (1957) и румынскими авторами Бирзу и Радулеску (1958).

При флюорографическом исследовании детей мы принимали во внимание медицинские показания и имеющиеся в наших условиях технические возможности. С помощью крупнокадрового (70 × 70 мм) флюорографа «ТУР-310» мы могли видеть на флюорограммах изменения со стороны придаточных полостей носа: набухание, отечность слизистых, фазы секреции (горизонтальный уровень, параболическая граница), разновидность хронических пристеночных теневых наслоений (М. Х. Файзуллин).

Некоторые представления об этом дают схематические зарисовки с флюорограмм (рис. 1). Режим съемки был следующим: напряжение 90—100 Кв, сила тока — 100—140 мА (в зависимости от объекта), фокусное расстояние — 75 см, время экспозиции — 1,3 сек. Центральный пучок лучей при выходе из трубки дополнительно диафрагмировался свинцовой диафрагмой до 1/7 объема основного пучка. Таким образом, нежелательное биологическое действие рентгеновских лучей сводилось до минимума. Положение обследуемого — вертикальное, сидя на стуле. Укладка — стандартная. Голова фиксировалась специальным держателем (С. И. Авдонин, В. А. Новиков, 1963). Увеличение изображения придаточных пазух носа (без заметного ущерба для резкости!) достигалось отодвиганием снимаемого объекта от флюорографического экрана на 24—28 см при помощи подвесного каркаса, подобно тому, как это рекомендует А. И. Бухман (1960).

При показаниях для флюорографического исследования околоносовых пазух у детей нельзя не учитывать патогенетической связи синуситов с бронхитами, интерстициальными пневмониями, бронхэктатической болезнью, бронхиальной астмой, менингоэнцефалитами, абсцессами глазницы и мозга, а также высокую заболеваемость детей ревматизмом и некоторыми другими аллергическими заболеваниями, при которых источник фокальной инфекции остается нередко нераспознанным; следует иметь в виду и частоту простудных заболеваний детей в весенне-осеннее время, что связано с высокой заболеваемостью синуситами.

Выборочные флюорографические исследования околоносовых пазух проведены

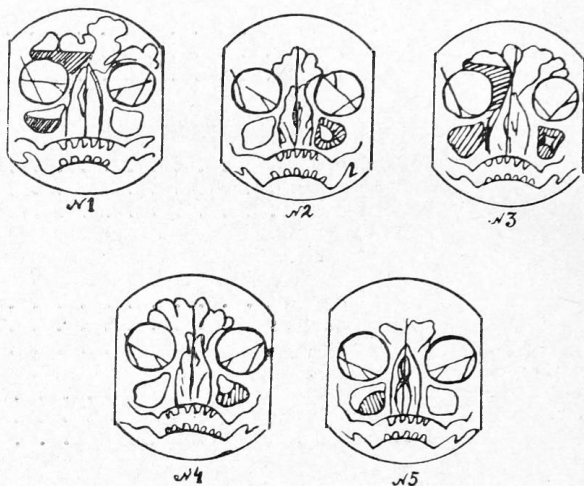


Рис. 1. Схематическое изображение наиболее часто флюорографически определяемой патологии слизистой оболочки придаточных пазух носа у детей: 1) гемисинусит с горизонтальными уровнями секрета в лобной и гайморовой пазухах справа; 2) гиперпластический гайморит слева; 3) гемисинусит с гомогенным затемнением гайморовой пазухи и решетчатого лабиринта и уровнем секрета в лобной пазухе справа, подушковидный отек слизистой в левой гайморовой пазухе; 4) параболический уровень секрета в левой гайморовой пазухе; 5) киста в правой гайморовой пазухе.

нами у 303 детей при прохождении ими профилактического осмотра. Из них от 3 до 4 лет было 55, от 5 до 6 лет — 114, от 7 до 10 — 74 и от 11 до 14 лет — 60 детей. Мальчиков было 142 и девочек — 161. У 37 детей (12,2%) отмечен ринит, у 23 (7,6%) — хронический тонзиллит, у 8 (2,64%) — аденоиды.

Патологические изменения со стороны слизистой оболочки придаточных пазух носа обнаружены нами у 99 детей (32,6%) (таблица 1).

Таблица 1

Характер флюорографически обнаруженных изменений гайморовой полости

Гомогенное затемнение:	
а) правой	11
б) левой	12
в) обеих	11
Пристеночное затемнение:	
а) правой	12
б) левой	11
в) обеих	13
Подушкообразное затемнение:	
а) правой	7
б) левой	2
в) обеих	4
Параболический уровень выпота слева	8
Киста в гайморовой пазухе	2
Остеома в лобной пазухе	7
Остеома в гайморовой пазухе	1

Умеренно выраженные относительно ранние воспалительные изменения слизистой оболочки гайморовых пазух (пристеночное понижение пневматизации) выявлены у 13,9% (у 42) детей, т. е. почти у каждого второго ребенка с патологическим состоянием слизистой оболочки. Выраженные воспалительные хронические изменения слизистой оболочки гайморовых пазух (подушкообразное утолщение слизистой) выявлены у 4,3% (у 13), а кистовидное растяжение слизистой оболочки — у 0,66% (у 2). Гомогенное затемнение гайморовой пазухи выявлено у 13,9% (у 42), причем у 2,6% (у 8) из них был виден уровень секрета в гайморовой пазухе.

У одного ребенка выявлено одностороннее затемнение гайморовой, лобной и решетчатых пазух. Двустороннее поражение гайморовых пазух выявлено у 20 детей. Правосторонние синуситы — у 24 детей, левосторонние — у 31, у всех детей с выявленными уровнями секрета в гайморовых пазухах они найдены слева.

24 детям с флюорографически выявленной патологией в околоносовых пазухах произведены контрольные стандартные рентгенологические снимки, причем существенного различия не установлено.

Крупнокадровая флюорография является методом предварительной ориентировочной диагностики.

Таблица 2

Соотношение результатов клинического и флюорографического исследования детей

Рентгенологически выявленные изменения придаточных пазух носа	Гомогенное затемнение	Пристеночное затемнение	Подушкообразное утолщение слизистой	Уровни секрета в придаточных пазухах
Клинически определяемые изменения в полости носа				
Серозное отделяемое	13	12	3	6
Гнойное отделяемое	2	24	7	2
Без изменений и выделений из носа	19	6	3	—
Всего	34	42	13	8

Успех флюорографического метода исследования зависит не только от аппаратуры, но и от квалификации медицинского персонала.

Выявленные (крупнокадровым флюорографом) «немые» синуситы поступали на обследование и лечение к лор-врачу, который определил у них следующую патологию (см. табл. 2).

Таким образом, рентгено-флюорографические исследования околоносовых пазух с помощью крупнокадрового флюорографа у детей выявляют клинически бессимптомно протекающие изменения в околоносовых пазухах, свидетельствующие о наличии очаговой инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. И. и Новик Е. Н. Врач. дело, 1954, 2. — 2. Бухман А. И. Вест. рентген. и радиол., 1959, 1. — 3. Лагунова И. Г. и Бухман А. И. В сб. Сокращенные доклады межобластной научно-практ. конф. рентгенол. и радиологов, Горький, 1960. — 4. Новиков В. А., Авдонин С. И. Вестн. рентгенол., 1963, 2. — 5. Панов Н. А. Тез. докл. VII Всесоюзн. съезда рентген. и радиол., Саратов, 1958. — 6. Рейнберг С. А. Там же. — 7. Файзуллин М. Х. Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных полостей носа. Медгиз, М., 1961. — 8. Фомичина-Сахарова В. М. Сб. раб. Крымской обл. клин. больницы им. Н. А. Семашко, Симферополь, 1957. — 9. Эпштейн Ф. Г., Сергеев Н. В. и Сорокина Е. Ю. Клин. мед., 1958, 5.

Поступила 11 февраля 1963 г.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОСЛЕДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Доц. В. А. Голубев

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.— проф. А. И. Петченко)
Крымского медицинского института

На I Всероссийском съезде акушеров-гинекологов (1960) говорилось, что кровотечения в последовом и послеродовом периодах занимают первое место среди причин материнской смертности.

На нашем материале на 3711 родов кровотечения в последовом и послеродовом периодах наблюдались у 327 женщин (8,8% — кровоточит каждая 11-я роженица). К кровотечениям в родах мы относили такие, когда кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периодах (первые 2 часа) составляла свыше 400 мл.

В этиологии таких кровотечений большую роль играют перенесенные аборт и токсикозы беременности (у 30% рожениц с такими кровопотерями были токсикозы беременности).

В последнее десятилетие большое значение в этиологии кровотечений в последовом и послеродовом периодах придается расстройствам свертывающей системы крови (афибриногенемия).

В связи с этим профилактика кровотечений в последовом и послеродовом периодах должна начинаться в женских консультациях. Женщине необходимо во время беременности рекомендовать физкультурные упражнения, прогулки. Регулярное введение витаминов, особенно С и К, облучение кварцем, дача препаратов кальция, психопрофилактическая подготовка к родам — все это, вместе взятое, составляет эффективный комплекс профилактических мероприятий по борьбе с кровотечениями в родах и раннем пуэрперии.

Наряду с этим рациональное ведение родов, разумное «управление родами», регуляция родовой деятельности также являются надежными методами профилактики. В начале родовой деятельности не следует, как правило, применять обезболивающие средства (только после раскрытия на 2 пальца). По признанию многих авторов, глубокий и длительный наркоз предрасполагает к атоническому состоянию матки. Не нужно применять таких грубых методов, как прием Кристеллера.

Профилактика и терапия кровотечений тесно переплетаются с ведением последового периода. Осталось немного сторонников так называемого активного метода ведения последового периода. Применение его по отношению ко всем роженицам себя не оправдывает. Этот метод может применяться лишь по показаниям для профилактики кровотечений в последовом и послеродовом периодах в тех случаях, где мы