

го в начале болезни лечением, применением большого количества различных антибиотиков и сульфаниламидов без учета чувствительности к последним. Оперативное вмешательство, предпринятое в терминальном периоде, не принесло лечебного эффекта.

УДК 616.617—089.844—092.9

Доктор мед. наук Н. Я. Назаркин, В. З. Маркелов, доктор мед. наук Н. М. Иванов (Саранск). Пластика мочеточника демукозированным отрезком тонкого кишечника

Методика демукозации трансплантата и весь ход операции пластики мочеточника заключается в следующем. Под наркозом брюшную полость собаки вскрывали правым параректальным разрезом и в рану выводили илеоцекальный угол на протяжении 35—50 см. Выбранный участок кишки ограничивали салфетками от брюшной полости и резецировали отрезок длиной 10—15 см с сохраненной брыжейкой. Трансплантат заворачивали в салфетки, смоченные физиологическим раствором. Непрерывность тонкого кишечника восстанавливали анастомозом конец в конец с помощью трехрядного шва. Демукозацию выключенного отрезка кишки осуществляли путем введения новокаина в толщу подслизистого слоя ее стенки.

Производили резекцию мочеточника длиной 10—15 см в области средней трети, тазового отдела или всего мочеточника. Через сформированную из демукозированного сегмента тонкого кишечника трубку вводили мочеточниковый катетер, который далее через дистальный конец мочеточника продвигали в мочевой пузырь и выводили на верхушке мочевого пузыря. После этого дистальный конец мочеточника и сегмента демукозированного тонкого кишечника сшивали тонким кетгутом. Другой конец мочеточникового катетера вводили в проксимальный конец мочеточника до лоханки и на нем производили швование проксимального конца мочеточника и сегмента тонкого кишечника. Вшитый отрезок демукозированного кишечника укладывали забрюшинно на место резецированного мочеточника. В брыжейку тонкого кишечника вводили до 200 мл 0,25% раствора новокаина, в брюшную полость — по 1 млн. ед. пенициллина и стрептомицина. Рану послойно ушивали. Мочеточниковый катетер, выведенный через мочевой пузырь, фиксировали к коже, и из него во время операции выделялась моча. В моче отсутствует слизь, постоянно наблюдавшаяся при сохранении слизистой оболочки на трансплантате.

У всех 46 оперированных животных исследованы морфологические изменения трансплантата. Через 2 месяца на слой рыхлой соединительной ткани надвигается эпителий с проксимального и дистального концов мочеточника. Эпителий вновь формирующейся слизистой оболочки кишечного трансплантата по своему характеру является типичным переходным, наблюдающимся в мочевых путях. Он состоит из слоя базальных клеток, лежащих в один слой, и покровных, расположенных в несколько рядов. Через 4—5 месяцев после уретероидеопластики вновь сформированная слизистая оболочка кишечного трансплантата образует многочисленные складки и по своему виду мало чем отличается от слизистой оболочки мочеточника. К концу 1-го месяца после операции в толще соединительной ткани рубца методом Бильшовского — Грос удается выявить тонкие нервные волокна, проникающие сюда, по всей вероятности, как со стороны мочеточника, так и со стороны кишечного трансплантата. Через 2 месяца во вновь сформированной слизистой оболочке тонкокишечного трансплантата обнаруживается значительное количество безмякотных и частично мякотных волокон. Некоторые из них снабжены варикозными расширениями, характерными для вновь формирующихся нервных волокон. Уже на 7—10-й день после операции в ткани рубца нами было найдено значительное количество капилляров, довольно густой сетью пронизывающих молодую рубцовую ткань. Через 15—20 дней при наливке сосудов швимаемых органов окрашенными растворами желатин или бариевой смесью с желатиной удается проследить, как инъецированная масса свободно проникает через сосуды спаек. Одновременно с регенерацией слизистой оболочки трансплантата происходит вращание сосудов в ее толщу. Первоначально сосуды развиваются в подслизистом слое, а затем постепенно прорастают и в толщу самой слизистой оболочки.

Следовательно, под влиянием вновь созданных условий демукозированный кишечный трансплантат приобретает качественно новые морфологические и функциональные свойства, приближающие его к замещенному мочеточнику. При исследовании мочи ни в одном случае в ней не обнаруживалось слизи, определялись только эритроциты и лейкоциты в первые две недели после операции.

УДК 616.28—002

Проф. А. И. Бикбаева, кандидаты мед. наук П. А. Егоров, Н. А. Арефьева (Уфа). Интерфероновая реакция лейкоцитов у больных с воспалительными процессами в среднем ухе

Исследованиями многих авторов показано, что способность лейкоцитов человека продуцировать интерферон может служить показателем реактивности организма при различных патологических состояниях.

Нами исследована интерфероновая реакция лейкоцитов (ИРЛ) у 74 человек: у 20 здоровых (контрольная группа) и у 54 больных, в том числе у 42 с хроническим гнойным средним отитом, у 7 с отогенными внутричерепными осложнениями и у 5 с мастоидитом. Возраст больных и лиц контрольной группы — от 15 до 60 лет.

Лейкоциты здоровых людей продуцировали интерферон в титрах 1:32 и выше. Средние геометрические титры у них равнялись 1:79,0. У 4 больных мастоидитом как осложнением острого гнойного среднего отита, поступивших в клинику с давностью ушного процесса от 1 до 3 месяцев и до обследования получавших лечение антибиотиками, сульфаниламидами, десенсибилизирующими средствами, титры интерферона составляли 1:32 — 1:64. Одна больная поступила в клинику в остром периоде заболевания. Титр интерферона у нее был 1:128, что свидетельствовало о достаточной активности защитных сил организма. Своевременное и правильное лечение способствовало быстрому излечению.

У больных с отогенными внутричерепными осложнениями лейкоциты в большинстве случаев полностью утрачивали способность вырабатывать интерферон (42%) или продуцировали его в титрах 1:4 — 1:16 (29%). Однако и в этой группе наблюдались больные, лейкоциты которых вырабатывали интерферон в титрах 1:32 — 1:64, что, как правило, определяло благоприятный исход заболевания у них.

У больных хроническим гнойным средним отитом средние геометрические титры интерферона равнялись $1:7,96 \pm 2,5$. Это говорило о снижении реактивности организма, что было связано, вероятно, с обследованием больных в периоды обострения процесса в среднем ухе. Низкие титры интерферона давали основание считать, что обострение было связано с понижением реактивности организма.

Общее количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула и СОЭ у больных хроническим гнойным средним отитом не претерпевают значительных изменений и не отличаются от контроля: показатели количества лейкоцитов равнялись $6 \cdot 10^3 \pm 34$ ($P = 0,12$), СОЭ — $10,7 \pm 1,3$ ($P = 0,05$).

Отогенные внутричерепные осложнения вызвали глубокие сдвиги всех параметров. У большинства таких больных регистрировались лейкоцитоз до 9,28 тыс. в 1 $\mu\text{кл}$ и высокая СОЭ — $31,9 \pm 5,5$ мм/час .

Итак, результаты исследований показывают, что ИРЛ в основном соответствовала клиническому течению заболевания. Высокие титры интерферона характеризовали достаточную реактивность организма и давали право рассчитывать на благоприятный исход. Низкие титры интерферона наблюдались у больных с длительным, трудно поддающимся лечению воспалительным процессом; в ряде случаев они указывали на утрату способности организма ликвидировать возникшие глубокие патологические изменения.

УДК 771.7:616—056.3

**М. Е. Виксман, И. Л. Белый, Ш. Я. Абдюшев (Казань).
Характеристика аллергенных свойств некоторых химических соединений,
используемых в фотопромышленности**

Изучены аллергенные свойства на морских свинках 4% водного раствора натриевой соли *p*-толуолсульфиновой кислоты, 4% спиртового раствора натриевой соли толуолсульфокислоты и 4% спиртового раствора нитростирола. Проверку раздражающих свойств препаратов проводили аппликационным методом.

Натриевая соль *p*-толуолсульфиновой кислоты никаких изменений на коже животных по сравнению с контролем не вызвала. При нанесении на кожу аппликаций нитростирола через сутки развивалась выраженная гиперемия, на 2-е сутки у 2 из 3 животных возникли мелкие везикулы, наполненные прозрачным, желтоватым содержимым. К концу недели у них образовались корочки. У подопытных животных, подвергшихся обработке натриевой солью толуолсульфокислоты, также отмечалось появление гиперемии, которая была менее интенсивна, чем в опытах с нитростиролом. Везикул и корочек не образовалось.

При подсчете незрелых и зрелых плазматических клеток в регионарных к месту введения исследуемых химических соединений лимфатических узлах статистически существенные различия по сравнению с контролем наблюдались только в серии опытов, где морским свинкам вводили натриевую соль толуолсульфокислоты. Таким образом, натриевая соль *p*-толуолсульфиновой кислоты и нитростирол не обладают аллергенными свойствами; натриевая соль толуолсульфокислоты может сенсibilизировать организм и вызывать аллергическую реакцию немедленного типа.

УДК 618.3—008.6:577.158

**В. Ф. Юдина (Казань). О практической ценности
некоторых показателей окислительно-восстановительных процессов
при позднем токсикозе беременных**

У 330 беременных и родильниц, перенесших поздний токсикоз, проведен лабораторный анализ крови и мочи и изучены некоторые показатели окислительно-восстановительных процессов. На основании полученных данных констатируется нарушение