

Доц. А. М. Ефман, Н. А. Ларюшкина (Свердловск). Выявление активности туберкулеза легких посредством модифицированной РОЭ, поставленной с туберкулином

Нами сделана попытка выявления активности туберкулеза легких посредством модифицированной РОЭ (МРОЭ), поставленной с туберкулином. В основу реакции положена модификация РОЭ, предложенная А. М. Ефманом (1938, 1940, 1948), сущность которой сводится к постановке РОЭ после прибавления к взятой крови лизатов разных органов.

П. А. Подрабинек (1958) и А. З. Грабчак (1966) использовали для постановки МРОЭ такие специфические реактивы, как БЦЖ и туберкулин. Мы также применили туберкулин для постановки МРОЭ, но вместо диализованного туберкулина применили обычный, разведенный физиологическим раствором 1:250. Ставили МРОЭ дважды — первый раз до проведения реакции Манту (IV и VI разведения) или Коха и через 48 часов после этих реакций, т. е. после небольшой специфической провокации. Включили дополнительный компонент — гепарин, ускоряющий РОЭ.

**Методика.** Наряду с обычной РОЭ ставят РОЭ с той же цитратной кровью, к которой предварительно добавлен туберкулин в указанном разведении в количестве 25 делений капилляра Панченкова. Далее в полученную смесь вносят гепарин в количестве 5 делений капилляра и вновь перемешивают. Из этой смеси набирают один капилляр, который ставят, как и обычную РОЭ, на один час, после чего сравнивают величины МРОЭ с величиной обычной РОЭ.

Авторами проведены опыты постановки МРОЭ по указанной методике у 58 больных активным туберкулезом легких. У 18 больных был активный туберкулез в фазе затихания и у 56 — неактивный туберкулез. Туберкулин, подобно лизатам, замедляет оседание эритроцитов. Однако влияние туберкулина на ход РОЭ оказалось различным в крови больных с активным и неактивным туберкулезом — слабым у первых и резким у вторых.

У больных с различными тяжелыми интеркуррентными заболеваниями в связи с часто наблюдающимися у них большими сдвигами в белковых фракциях крови ставить МРОЭ для выявления активности туберкулезного процесса нецелесообразно.

УДК 616.24—002—616.34

В. Г. Дорофейчук и М. В. Ручкина (Горький). Дисбактериоз кишечника у детей с хронической пневмонией

В комплексной терапии хронической пневмонии антибиотики занимают одно из первых мест. К настоящему времени накоплены наблюдения о неблагоприятном влиянии антибиотикотерапии на нормальную микрофлору кишечника человека. Мы обследовали детей с хронической пневмонией, находившихся в санатории. При бактериологической диагностике дисбактериоза кишечника руководствовались указаниями, представленными в методических материалах Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии (1969 г.). На аэробную микрофлору обследовано 60 детей. 40 детей обследованы на бифидобактерии, которые являются облигатными беспоровыми анаэробными микробами кишечника не только детей, но и взрослых, и у здоровых обнаруживаются в разведениях фекалий до  $10^{-11}$ .

У 46 (76,6%) детей с хронической пневмонией выявлен дисбактериоз кишечника. Обращает на себя внимание обратная тесная коррелятивная зависимость аэробного дисбиоза от количества бифидобактерий ( $r = -0,96$ ,  $m = \pm 0,05$ ), т. е. чем больше бифидобактерий, тем у меньшего числа детей выявляется дисбактериоз. Так, при достаточном количестве бифидобактерий дисбактериоз обнаружен лишь у 3 детей из 14, при полном же отсутствии бифидобактерий у всех детей (13) отмечены явления дисбактериоза. Кроме того, при полном отсутствии бифидобактерий выявлены более глубокие нарушения равновесия аэробной микрофлоры, которые выразились в полном исчезновении обычных обитателей кишечника и замене их микрофлорой, не способной выполнять важные функции для организма (лактозонегативные, гемолизирующие энтеробактерии, протей, дрожжеподобные грибы).

На основании изложенного считаем возможным рекомендовать применение биологических препаратов (бифидобактерин, лактобактерин и др.) в комплексной терапии больных хронической пневмонией для восстановления нормальной микрофлоры.

УДК 616.33—001.17—089

Р. Ф. Силищев (Астрахань). Хирургическое лечение рубцовых сужений желудка

Рубцовые стенозы желудка как последствия химических его ожогов встречаются в хирургической практике нечасто. Это является одной из причин существования нерешенных и спорных вопросов тактики и техники операций (М. Е. Астапова, В. С. Георгиевская, А. А. Гнутенко и В. Т. Носырева, Е. К. Егорова и Т. М. Савченко и др.).

В хирургических клиниках Астрахани с 1957 по 1969 г. по поводу химических ожогов желудка лечилось 20 больных. В возрасте 3 лет был 1 больной, от 20 до 40 лет — 9, от 41 до 50 и старше — 10. У 9 был ожог только желудка, у 9 были воспалительно-рубцовые изменения желудка и пищевода, у 1 — сочетанное поражение желудка и начального отдела тонкой кишки и у 1 — ожог пищевода, желудка и тонкой кишки. У 5 больных ожог был вызван уксусной эссенцией, у 4 — соляной и у 3 — серной кислотой, у 5 — раствором едкой щелочи, у остальных больных — формалином, азотной кислотой, раствором медного купороса.

У одной больной был некроз всей стенки желудка, у 6 — трофические язвы в пилорическом канале желудка, у 2 — поздние язвенные кровотечения, у 17 — рубцовые стенозы (в том числе у 13 — в пилороантральном отделе).

Преобладающее большинство больных в остром периоде находилось на лечении в терапевтических отделениях. В хирургические стационары больные поступали, как правило, через 1—2 месяца после ожога с признаками непроходимости.

Характер и сроки операций представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

| Операции                                                        | Число оперированных больных        |                                              |                                                  |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                                 | с изолированным поражением желудка | с сочетанными поражениями желудка и пищевода | с сочетанными поражениями желудка и тонкой кишки | с сочетанными поражениями пищевода, желудка и тонкой кишки |
| Резекция желудка . . . . .                                      | 6                                  | 2                                            | —                                                | —                                                          |
| Гастрэктомия . . . . .                                          | 1                                  | —                                            | —                                                | —                                                          |
| Гастроэнтероанастомоз . . . . .                                 | 2                                  | 2                                            | 1                                                | —                                                          |
| Еюностомия . . . . .                                            | —                                  | 2                                            | —                                                | —                                                          |
| Еюностомия с брауновским анастомозом . . . . .                  | —                                  | 1                                            | —                                                | —                                                          |
| Еюностомия с ушиванием участка некроза стенки желудка . . . . . | —                                  | —                                            | —                                                | 1                                                          |
| Интубация двенадцатиперстной кишки через гастростому . . . . .  | —                                  | 1                                            | —                                                | —                                                          |
| Гастростомия . . . . .                                          | —                                  | 1                                            | —                                                | —                                                          |
| Итого . . . . .                                                 | 9                                  | 9                                            | 1                                                | 1                                                          |

Таблица 2

| Операции                                                       | Сроки операций после ожога желудка |         |        |            |        |          |        | Осложнения | Исход         |        |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|--------|------------|--------|----------|--------|------------|---------------|--------|
|                                                                | 7 дней                             | 10 дней | 24 дня | 1-1,5 мес. | 2 мес. | 2,5 мес. | 3 мес. |            | выздоровление | смерть |
| Резекция желудка . . . . .                                     | —                                  | —       | —      | 3          | 2      | 1        | 2      | 1          | 8             | —      |
| Гастрэктомия . . . . .                                         | —                                  | —       | —      | —          | —      | 1        | —      | —          | 1             | —      |
| Гастроэнтероанастомоз . . . . .                                | —                                  | —       | 1      | 2          | 2      | —        | —      | 2          | 3             | 2      |
| Еюностомия . . . . .                                           | —                                  | 1       | —      | —          | 1      | —        | —      | —          | —             | 2      |
| Еюностомия с брауновским анастомозом . . . . .                 | —                                  | —       | —      | 1          | —      | —        | —      | —          | —             | 1      |
| Еюностомия с ушиванием участка некроза желудка . . . . .       | 1                                  | —       | —      | —          | —      | —        | —      | —          | —             | 1      |
| Интубация двенадцатиперстной кишки через гастростому . . . . . | —                                  | —       | —      | —          | 1      | —        | —      | —          | 1             | —      |
| Гастростомия . . . . .                                         | —                                  | —       | —      | 1          | —      | —        | —      | —          | 1             | —      |
| Итого . . . . .                                                | 1                                  | 1       | 1      | 7          | 6      | 2        | 2      | 3          | 14            | 6      |

У 9 больных сделана резекция желудка, причем в этой группе не было летальных исходов.

Благоприятные результаты этих операций следует объяснить, видимо, тем, что резекция желудка наиболее полно разрешает задачи восстановительной хирургии при химических ожогах желудка. Но ее выполнение требует внимания к характеру и локализации ожоговых изменений, что иногда не учитывается. Соустье следует создавать на явно здоровых тканях, иначе возможна несостоятельность швов анастомоза.

Производя операции гастроэнтероанастомоза, необходимо тщательно осматривать начальный отдел тощей кишки на расстоянии 50—60 см, чтобы не просмотреть суже-

ния кишки. В сомнительных случаях лучше накладывать гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем. В то же время надо иметь в виду, что операция гастроэнтероанастомоза не всегда предупреждает осложнения, обусловленные химическим ожогом желудка: трофические язвы, его деформации и др. Поэтому к ней следует прибегать лишь в случаях, когда по каким-либо причинам невозможно произвести резекцию желудка.

Еюностомия, выполненная для кормления у 4 больных, не предотвратила летального исхода от истощения. Эти больные погибли.

УДК 616.33—002.44

### Г. П. Андреева (Горьковская обл.). Изменение секреторной и моторной функции желудка у больных язвенной болезнью под влиянием ультразвука

Мы исследовали секреторную и моторную функции желудка у 84 больных язвенной болезнью (возраст — от 19 до 50 лет) до и после курса ультразвуковой терапии в комплексе санаторного лечения. Больные получали диету № 1, циркулярный душ через день и терапию ультразвуком. Озвучивали 3 поля: проекцию язвы на переднюю брюшную стенку при интенсивности 0,4—0,6  $\text{вт/см}^2$  и две паравертебральные области  $D_7$ — $D_{12}$  при интенсивности 0,2  $\text{вт/см}^2$  в течение 2 мин. Длительность всей процедуры — 10—12 мин. Курс лечения включал 10—12 процедур.

У 26 чел. была язва желудка, у 53 — двенадцатиперстной кишки, у 5 — желудка и двенадцатиперстной кишки.

У 7 больных был выявлен также перидуоденит, у 9 — холецистит, у 5 — спастический колит, у 2 — хронический аппендицит.

Ниша была только у 47 чел., в том числе у 18 — с явлениями выраженного воспалительного вала. У остальных 37 чел. имелись косвенные симптомы язвы (локальная болезненность при рентгенологическом обследовании, деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, бариевое пятно). У 50% больных были выраженные симптомы раздраженного желудка (секреторный слой натошак был у 30%, отек складок слизистой — у 25 больных). У 5 больных было замедление эвакуации на почве спазма, у 3 — ускорение. У 41 чел. было резкое повышение желудочной секреции (общая кислотность — 128—130 ед., свободная  $\text{HCl}$  — 102 ед.). Отмечалось и высокое часовое напряжение желудочной секреции (у ряда больных — до 520—630 мл). До лечения у 17 из 40 чел., у которых был исследован лейкопедез, он оказался выраженным.

Все больные (кроме одной с явлениями сосудистой недостаточности) переносили процедуры хорошо, побочных явлений не было.

В результате комплексного лечения у большинства наблюдаемых нами больных был получен отчетливый клинический эффект. Из 36 больных, до лечения жаловавшихся на боль, у 15 она исчезла полностью, у 18 значительно уменьшилась. Диспепсические расстройства остались только у 4 больных, значительно уменьшились у 26, полностью исчезли у 33. Кислотность желудочного содержимого нормализовалась у 19 из 41 больного с гиперсекрецией и у 9 из 15 больных с пониженной секрецией, сохранилась нормальной у 28. Почти у половины больных ниши зарубцевались, у 9 уменьшились; у 12 из 18 исчез воспалительный вал.

Лучший эффект достигнут при неосложненных язвах двенадцатиперстной кишки.

Полученные нами данные позволяют считать, что ультразвуковая терапия в малых дозировках является эффективным методом воздействия при неосложненных формах язвенной болезни.

УДК 616.379—008.64—616.37—008.6

### В. К. Ануфриева, Ж. К. Жигалкович (Казань). О секреторной функции поджелудочной железы при сахарном диабете

Мы изучали экскреторную функцию у 85 больных сахарным диабетом: у 27 с легкой формой заболевания, у 42 со средней и у 16 с тяжелой. У 22 чел. заболевание было впервые выявлено, у 14 длилось до года, у 15 — до 3 лет, у 11 — до 5 лет, у 15 — до 10 лет, у 8 — свыше 10 лет. Мужчин было 14, женщин — 71. В возрасте до 20 лет было 5 чел., от 21 до 50 лет — 28, от 51 до 70 лет — 43 и старше — 9.

Состояние внешней секреции поджелудочной железы определяли по клиническим и лабораторным данным. Понижение аппетита отмечено у 15 больных, выраженная потеря веса — у 20, тошнота — у 15, рвота — у 13, запоры — у 12, поносы — у 12, метеоризм — у 13, понижение упитанности — у 12. Болезненность в эпигастральной области была у 12, в зоне Шоффара — у 13, в левом подреберье — у 10, в правом подреберье — у 12, симптом Мейо — Робсона был у 9 больных. Сочетание клинических симптомов, позволяющих думать о поражении поджелудочной железы, было у 16 больных, в том числе у 5 с выраженными симптомами панкреатита.

Содержание диастазы мочи у всех определяли по Вольгемуту. Параллельно изучали амилазу (методом Смитт—Роя) и липазу (методом Фицца и Фирека) в крови у 20 больных и активность панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом у