

Вместе с тем найдены выраженные различия в изменении содержания белков и белковых фракций сыворотки крови. У больных 1-й гр. снижение альбуминов ( $<58\%$ ) констатировано в 85%, а 2-й — только в 60,8%. Увеличение  $\alpha_2$ -глобулинов ( $>5,5\%$ ) у больных 1-й гр. наблюдалось в 85%, 2-й гр.— в 63,9%.

Рентгенологические симптомы были также более отчетливыми у больных 1-й гр. Деформация легочного рисунка в 1-й гр. обнаружена у 61,9% больных, во 2-й — у 39%, явления пневмосклероза — соответственно у 76,1 и 59,3%, спайки, плевральные наложения — у 57,1 и 13,5%, ограничение подвижности диафрагмы — у 90,5 и 40,7%. Все эти объективные симптомы не могут не отразиться на функциональном состоянии сердечно-сосудистой и легочной системы.

Метатуберкулезные изменения в легких, связанные с посттуберкулезным патоморфозом, приводят к функциональным нарушениям вентиляции как рестриктивного, так и обструктивного характера. С увеличением сроков после выздоровления, повышением возраста больных все чаще выявляются прогрессирующие функциональные нарушения. При исследовании функции дыхания нами найдены изменения у больных обеих групп, но у больных 1-й гр. они были более выражены.

При исследовании вентиляционных показателей существенные различия (статистически достоверные) получены в отношении глубины дыхания, жизненной емкости легких (ЖЕЛ) в процентах к должной, общей емкости легких (ОЕЛ), остаточного объема (ОО).

Глубина дыхания у больных 1-й гр. составляла в среднем  $513 \pm 12,6$ , 2-й —  $597 \pm 14,9$  ( $P < 0,001$ ), ЖЕЛ в процентах к должностной — соответственно  $65 \pm 3,2$  и  $78 \pm 1,3$  ( $P < 0,001$ ). Снижение этих показателей у больных 1-й гр. объясняется более выраженными морфологическими изменениями легких (пневмофиброз, эмфизема, спайки, плевральные наложения, ограничение подвижности диафрагмы).

В отношении ОЕЛ и ОО также получены существенные различия. ОЕЛ в 1-й гр. была равна в среднем  $4404 \pm 151$ , во 2-й —  $5044 \pm 92$  ( $P < 0,001$ ), ОО — соответственно  $52 \pm 2,2$  и  $47 \pm 1,0$  ( $P < 0,05$ ). Уменьшение ОЕЛ и увеличение ОО объясняются причинами, указанными выше.

Особенно отчетливая разница получена в отношении обструктивных показателей. Если в норме вдохи и выдохи достигают в среднем 4—6 л, то в 1-й гр. больных вдох составил в среднем лишь  $2,4 \pm 0,2$  во 2-й —  $3,2 \pm 0,08$  ( $P < 0,001$ ), а выдох — соответственно  $2,0 \pm 0,16$  и  $2,5 \pm 0,1$  ( $P < 0,05$ ). То же самое можно отметить и в отношении индекса Тиффо: в 1-й гр. он равнялся  $50,0 \pm 1,6$ , во 2-й —  $54 \pm 1,1$  ( $P < 0,05$ ).

Максимальная вентиляция легких — МВЛ — является тонким показателем функции внешнего дыхания. У больных 1-й гр. МВЛ была значительно ниже, чем у больных 2-й гр. (соответственно  $54 \pm 3,11$  и  $65 \pm 1,87$ ,  $P < 0,01$ ).

Резерв легочной вентиляции — РЛВ — также был ниже у больных 1-й гр. ( $37,4 \pm 4$ ), чем у больных 2-й гр. ( $51 \pm 1,94$ ,  $P < 0,01$ ).

Итак, у больных 1-й гр. более выражен обструктивный тип нарушения вентиляции, в основе которого лежит увеличение бронхиального сопротивления дыхания. Но обструктивное нарушение может быть следствием не только ухудшения бронхиальной проходимости, но и повреждения структур легкого, приводящих к уменьшению силы эластической отдачи, определяющей мощности выдоха.

При исследовании оксигемометрических показателей получена существенная разница в насыщении крови кислородом: у больных 1-й гр. оно составляло  $92 \pm 0,34$ , 2-й —  $93 \pm 0,23$  ( $P < 0,05$ ). Время смешения газов было также более длительным у больных 1-й гр. Капнограмма отчетливой разницы не выявила.

## ВЫВОДЫ

1. У больных, перенесших активный туберкулез легких, возникают такие патоморфологические изменения, которые создают благоприятные условия для нарастания неспецифического воспалительного процесса и предрасполагают к возникновению хронической неспецифической пневмонии.

2. Картина обострения хронической метатуберкулезной пневмонии имеет отличительные черты от хронической пневмонии другой этиологии. В связи с посттуберкулезным патоморфозом у больных метатуберкулезной пневмонией наблюдаются более выраженные нарушения вентиляции обструктивного и в меньшей степени рестриктивного характера.

УДК 616.346—616—007.64

## ДИВЕРТИКУЛЫ СЛЕПОЙ КИШКИ

Канд. мед. наук Б. М. Газетов

Курс проктологии (зав.—проф. Н. А. Яковлев) ЦОЛИУВ, Москва

Дивертикул слепой кишки впервые описал Потье (1912). Вслед за этим появилось большое число сообщений о единичных наблюдениях дивертикулов слепой кишки и их осложнениях. Андерсон собрал в литературе сведения о 91 случае острого дивертикулита

слепой кишки и добавил 9 собственных наблюдений. В последние годы диагностика этого заболевания улучшилась, и Лауридсен и Росс привели данные о 163 случаях острого дивертикулита, а Вагнер и Золлингер — о 327 случаях, описанных в литературе, и о 18 собственных наблюдениях Ризенфельд насчитал свыше 400 случаев дивертикулеза слепой кишки и его осложнений, опубликованных в литературе. Все авторы отмечают, что дивертикулез слепой кишки встречается значительно чаще, но плохо диагностируется. Такие заболевания, как «тифлит», «перитифлит», «ложные опухоли слепой кишки», «аппендикулярная или кишечная колика» часто суть проявления дивертикулеза слепой кишки, не распознанного из-за недостаточного знакомства врачей с этой патологией и отсутствия детального обследования больного.

В отечественной литературе встречаются отдельные сообщения об остром дивертикулите слепой кишки [1—3]. В. И. Чиссов и соавт. пишут, что из 26 больных с «воспалительными опухолями» слепой кишки дивертикулит как причина заболевания выявлен у 5.

Из 122 наблюдавшихся нами больных дивертикулезом толстой кишки дивертикулы в слепой кишке выявлены у 7 (5,7%), причем у 5 было тотальный дивертикулез толстой кишки, у 2 (1,6%) — изолированное поражение слепой кишки.

Всех больных неоднократно госпитализировали в хирургические отделения с диагнозом «острый аппендицит». У 1 больного проведена аппендектомия, остальных выписывали из стационара с диагнозом «аппендикулярная колика» или «кишечная колика». Только после рентгенологического исследования толстой кишки и выявления дивертикулеза слепой кишки была установлена истинная причина болевых ощущений в правой подвздошной области.

Наиболее частое осложнение дивертикулеза слепой кишки — дивертикулит. Реже наблюдаются кровотечения из дивертикула.

Неоправданное расширение оперативного вмешательства при дивертикулите слепой кишки, правосторонняя гемиколэктомия по поводу подозреваемой злокачественной опухоли сопровождаются высокой смертностью [6].

Практически невозможно клинически дифференцировать острый аппендицит и дивертикулит, тем более, что большинство больных поступает в стационар по экстренным показаниям. Клинически выраженная картина острого аппендицита является показанием к оперативному вмешательству. Отсутствие воспалительных изменений в червеобразном отростке заставляет заподозрить дивертикулит слепой кишки и провести детальный

осмотр последней во время операции. При выявлении воспаленного дивертикула слепой кишки следует произвести, если это возможно, дивертикулэктомию. Если воспалительный процесс имеет значительное распространение и нет возможности исключить злокачественную опухоль, то лучше ограничиться дренированием брюшной полости. После ликвидации воспалительных явлений ирригоскопия поможет установить истинную природу заболевания. При повторных приступах боли в правой подвздошной области по типу «аппендикулярной колики», особенно у пожилых людей, показана ирригоскопия для уточнения диагноза.

Основное значение в диагностике дивертикулеза слепой кишки и его осложнений принадлежит рентгенологическому исследованию. Во время ирригоскопии при тугом заполнении можно видеть дивертикулы слепой кишки (см. рис.). Обычно они единичные, имеют широкую шейку; однако встречаются дивертикулы и с узкой шейкой. Так как слепая кишка широкая, то выявление дивертикулов достигается лишь при полипозиционном исследовании. Если дивертикул содержит феколит, то он контрастируется в виде кольцевой или полулунной тени вне контура кишки и сопровождается ретроградным забрасыванием контрастной взвеси в подвздошную кишку. Важное значение для дифференциальной диагностики имеет контрастирование червеобразного отростка, который

при острых или хронических аппендицитах не заполняется контрастной взвесью.

Больные с воспалением (дивертикулитом) в момент поступления контрастного вещества в слепую кишку при тугом заполнении отмечают болевые ощущения в правой подвздошной области. Стенка слепой кишки ригидна, часто фиксирована. В ходе многоосевого просвечивания удается установить дефект наполнения в виде «пальцевого вдавления». Край дефекта плавно переходит на соседнюю гаустру. По контуру кишки видны единичные или множественные «спикулы». При опорожнении выявляются утолщенные, сближенные поперечные складки, которые при тугом заполнении характеризуются зубчатостью контура. Двойное контрастирование обнаруживает снижение эластичности и утолщение кишечной стенки в области дивертикула. Этот участок может быть

фиксирован. Дивертикулы хорошо видны на фоне рельефа слизистой, так как в них задерживается контрастная взвесь. Если ирригоскопия не дает точных сведений, необходимо провести исследование слепой кишки после дачи бариевой взвеси внутрь.

В заключение хотелось бы вновь подчеркнуть, что знакомство врачей с клиникой и диагностикой дивертикулеза толстой кишки и, в частности, с дивертикулезом слепой кишки и его осложнениями позволит избежать диагностических ошибок и неоправданных оперативных вмешательств у пожилых больных, часто страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бекиров З. Б., Алимов Т. У. Клин. хир., 1970, 7.—2. Мухтаров А. М., Гулямов А. М. В кн.: Вопросы физиологии и патологии органов пищеварения. Вып. 1, Ташкент, 1964.—3. Попов М. И. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1969, 9.—4. Чиссов В. И. и соавт. Хирургия, 1971, 9.—5. Anderson L. Surgery, 1947, 22, 3, 479—488.—6. Lauridsen J., Ross F. P. Arch. Surg., 1952, 64, 3, 320—330.—7. Pötter F. Bill. Mem. Soc. Anat. de Paris, 1912, 87, 29—31.—8. Riesenfeld G. Intern. Surg., 1968, 49, 1, 50—61.—9. Wagner D. E., Zollinger R. W. Arch. Surg., 1961, 83, 6, 436—443,

УДК 616.284—004—616.281—612.822.3

## ВЕСТИБУЛОМЕТРИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

Канд. мед. наук Л. Д. Нестерова, Г. О. Зубаирова

Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. Л. Г. Сватко)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова

Вестибулярная патология является существенной частью клинической картины отосклероза. Она может быть обусловлена воздействием как на периферический, так и на центральный отдел вестибулярного анализатора.

К. Л. Хилов (1956) высказал предположение о наличии торможения в слуховых зонах у больных отосклерозом, обусловленного ограниченным притоком звуковых импульсов в кору головного мозга в результате понижения слуха. Это предположение было подтверждено исследованиями О. В. Румянцевой и В. А. Гаевского, изучавших связь между состоянием слуховой функции у больных отосклерозом и данными ЭЭГ. У большинства больных отосклерозом были выявлены изменения электрической активности коры головного мозга в результате угнетения ее функционального состояния. Это дало объяснение целому ряду феноменов, наблюдавшихся при исследовании слуховой функции.

При изучении нами вестибулярной функции у больных отосклерозом было отмечено, что далеко не все данные вестибулометрии в дооперационном периоде и особенно в различные сроки после слухоулучшающих операций могут быть объяснены функциональным состоянием вестибулярных рецепторов в лабиринте (Л. Д. Нестерова, 1969). Настоящее исследование предпринято для сопоставления данных вестибулометрии и ЭЭГ у 34 больных отосклерозом с целью проследить возможную зависимость вестибулярной патологии от состояния коры головного мозга.

Изучение вестибулярной функции включало выявление субъективных симптомов вестибулярных нарушений (головокружение, расстройство равновесия, тошнота, рвота), исследование статики, моторики, тонические пробы. Спонтанный нистагм наблюдали визуально с очками Бартельса, а также регистрировали при нистагмографии с последующим расчетом нистагмограмм. Позиционный нистагм исследовали и оценивали по методу Нилена. Производили вращательную пробу Барани в модификации Е. М. Харшака (1961), ставили отолитовую реакцию Воячека. При калорическом исследовании и оценке его результатов пользовались отоневрологической методикой (Н. С. Благовещенская, 1962). Делали пьезо- и электронистагмографию калорического нистагма с последующей расшифровкой нистагмограмм и обработкой полученных данных методом статистического анализа. Для удобства дальнейших сопоставлений спонтанные вестибулярные нарушения в зависимости от наличия симптомов и их выраженности мы разделили на 4 степени (Л. Д. Нестерова, 1968, 1969).

Электрическую активность коры головного мозга у больных отосклерозом регистрировали 8-канальным электроэнцефалографом «Альвар» с применением биполярных и монополярных отведений с затылочных, теменных, височных и лобных областей. Электропотенциалы записывали как в покое, так и при повторных раздражениях