

кок выпало до лечения 74,7%, через 1 месяц после лечения — 60,6%, через 2 месяца — 49,1%, на гемолитический стафилококк — соответственно 73,2; 61; 41,8%, на протея — 63,4; 52,1; 49,3%, на кишечную палочку — 74; 56,7; 49,6%. Полиаллергия характеризовалась более торpidным течением процесса. У этих больных «стаж» болезни превышал 3—5 лет. В анамнезе у них констатированы частые ангины, кариес, наличие других очагов хронической инфекции.

Пробы с энтерококком, негемолитическим стрептококком, негемолитическим стафилококком были отрицательными или ложноположительными.

При сравнении динамики кожно-аллергических проб под влиянием различных способов лечения установлено более быстрое их угасание во второй группе по сравнению с первой. Применение энтеросептала несколько ускоряло угасание проб с аллергенами кишечной палочки и протея. В группе с эритромицином отмечено умеренное подавление проб с аллергеном гемолитического стафилококка (остальные кожные проявления примерно такие же, как и в «стандартной» группе).

Явления полиаллергии наблюдались и при других заболеваниях, где имеет значение смешанная микробная флора. Из 16 больных с кардиотонзиллярным синдромом у 12 (75%) была положительная проба на гемолитический стрептококк, у 10 (62,5%) — на гемолитический стафилококк, у 11 (68,7%) — на кишечную палочку, у 9 (56,2%) — на протея. При хронических неспецифических заболеваниях легких в момент обострения положительные реакции отмечались на гемолитический стрептококк в 75%, на гемолитический стафилококк — в 58%, на протея — в 50%, на кишечную палочку — в 20%.

У больных с ревматоидным полиартритом положительные реакции были на гемолитический стрептококк и на гемолитический стафилококк, на другие аллергены реакции были сомнительными и отрицательными. У больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки без хронических очагов инфекции не удалось выявить достаточно четкой сенсибилизации к какому-либо аллергену. Реакций непереносимости к аллергенам не было ни в одном случае. Таким образом, примененные дозы аллергенов по переносимости соответствовали состоянию исследуемых.

## ВЫВОДЫ

1. При ревматизме чаще всего наблюдается аллергия к гемолитическому стрептококку, а также к аллергенам гемолитического стафилококка, протея, кишечной палочки. Это можно расценивать как проявление поливалентной аллергии.
2. При ревматическом процессе с торpidным течением и неблагоприятным анамнезом в отношении очагов хронической инфекции необходимо ставить кожно-аллергические пробы со стандартным набором бактериальных аллергенов.

УДК 618.4—616—053.31—001

## Л. П. Моисеенкова (Куйбышев-обл.). Отдаленные последствия перенесенной внутричерепной родовой травмы новорожденных

В Доме ребенка № 1 с 1968 г. по ноябрь 1971 г. под особым наблюдением находилось 109 детей. Из них у 22 в справке родильного отделения стоял диагноз: нарушение мозгового кровообращения I-II ст. 19 детей поступили с ателектазом легких и асфиксии при рождении, 3 — с затяжной желтухой, 4 — после наложения полостных щипцов, 12 — от матерей, больных острым ревматизмом и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Под особое наблюдение были взяты также недоношенные дети (20 мальчиков, 29 девочек), родившиеся с весом 900—2300 г.

Из общего числа поступивших детей 17 наблюдались менее года, остальные дети находились под наблюдением до 3 лет.

С первых дней пребывания детей в Доме ребенка для них был создан оптимальный воздушный и температурный режим, правильное чередование сна и бодрствования; обеспечено правильное питание с достаточным введением жидкости и витаминов. Большое внимание уделяли рациональной организации режима с учетом состояния здоровья, степени физической зрелости и возраста ребенка. Индивидуальные переходные режимы были направлены на полное восстановление функции дыхания. Детям назначали удлиненный сон на воздухе, массаж и лечебную (дыхательную) гимнастику. Проводили профилактику повторных заболеваний.

Внутриутробная гипоксия, ацидоз, врожденная патология обмена веществ, истинная незрелость к сроку беременности, сопутствующие преждевременным родам, оказывают значительное влияние на развитие и заболеваемость недоношенных детей с внутричерепной родовой травмой. Заболеваемость этой группы детей на первом году жизни оставалась высокой. Первое место занимали пневмонии (12,1%), затем острые респираторные заболевания (8,4%), гноино-септические заболевания (2,5%).

У детей с среднетяжелыми последствиями внутричерепной родовой травмы (в основном из числа недоношенных) отмечалось отставание в физическом развитии. Большинство из них страдает упорным срыгиванием, и при некотором насилии в кормлении

(введение новой пищи) у них часто возникает рвота. Такие дети с трудом привыкают к более густой пище и годами могут есть только жидкую; в весе отстают, прибавляют неравномерно, особенно на первом году жизни. У некоторых развивается гипотрофия.

Начало любого заболевания у таких детей сопровождается очень высокой температурой и отклонениями со стороны центральной нервной системы. У больных детей как бы «оживают» симптомы, наблюдавшиеся в остром периоде внутричерепной родовой травмы. Часто у них ошибочно диагностируют отит, спазмофилию, менингит.

В период выздоровления у таких детей иногда наблюдается длительный субфебрилитет. Большинство из них болело ракитом и экссудативным диатезом.

В последующем у большинства этих детей были обнаружены различного рода отклонения в психо-физическом развитии, а также заболевания, связанные с перенесенной травмой. Так, болезнь Литтля диагностирована у 4 детей, значительное отставание в физическом развитии (в основном у недоношенных) — у 35, гемипарезы — у 3, расстройство речи (позднее развитие речи) — у 19, врожденная мышечная атония — у 3, недержание мочи — у 4, косоглазие — у 8, умственная отсталость — у 8. У 25 детей отмечалось умеренное отставание в физическом развитии до 2—3-летнего возраста.

УДК 611.351

### В. В. Козлов (Казань). Варианты венозного оттока от прямой кишки человека и их клиническое значение

Клинике и лечению заболеваний вен прямой кишки уделено много внимания, однако морфология самих вен все еще остается мало изученной. Наши исследования были проведены на 93 (70 коррозионных и 23 просветленных) препаратах прямой кишки человека (возраст — от 2 до 80 лет).

Внутриорганные венозные русла прямой кишки представлено подслизистым, подкожным, подфасциальным и околожомным сплетениями, которые соединяются между собой анастомозами. Отток из этих сплетений происходит по верхней, средним, нижним, коротким прямокишечным и средним крестцовым венам. Основная масса крови от прямой кишки оттекает по верхней прямокишечной вене, начинающейся в подслизистом и подфасциальном сплетениях. Средний диаметр слепков ее основного ствола равняется 4,8 мм ( $\sigma = \pm 0,29$ ,  $m = \pm 0,04$ ). Помимо этого, венозный отток от тех же сплетений осуществляется по параартериальной венозной сети, которая окружает верхнюю прямокишечную артерию, отдавая анастомотические ветви диаметром 0,7—0,9 мм к верхней прямокишечной вене. Парные средние прямокишечные вены, берущие начало из подфасциального сплетения переднебоковой поверхности нижнеампулярного и анального отделов прямой кишки, обнаружены в 77,5% (в 47,5% — с двух сторон и в 30,0% — с одной). Средний диаметр слепков этих вен равняется 1,76 мм ( $\sigma = \pm 0,29$ ;  $m = \pm 0,03$ ). Они впадают или во внутренние подвздошные вены, или в их притоки. Нижние прямокишечные вены имеются во всех случаях. Средний диаметр их слепков равняется 2,6 мм ( $\sigma = \pm 0,32$ ;  $m = \pm 0,04$ ). Они начинаются от кожного и околожомного сплетений и присоединяются к внутренним срамным венам. С каждой стороны встречается по 2—3 пары вен. Короткие прямокишечные вены постоянные, образуются из околожомного сплетения. Средний диаметр слепков этих вен равняется 2,74 мм ( $\sigma = \pm 0,35$ ;  $m = \pm 0,04$ ), а длина — 5—8 мм. Прободая мышцу, поднимающую задний проход, они впадают спереди в задние отделы мочеполового сплетения, а сзади — в подфасциальное сплетение. Средние крестцовые вены получают притоки от подфасциального сплетения задней поверхности анального канала в 53,75%. Диаметр их слепков в среднем равняется 2,1 мм ( $\sigma = \pm 0,32$ ;  $m = \pm 0,03$ ). Кровь по ним оттекает в переднее крестцовое венозное сплетение.

Исследование клапанного аппарата прямой кишки показало, что в системе верхней прямокишечной вены клапаны отсутствуют. В средних, нижних, коротких прямокишечных и средних крестцовых венах клапаны обнаружены во всех случаях. Они располагаются в местах слияния и в местах впадения этих сосудов. Клапаны устроены таким образом, что кровь может оттекать только от прямой кишки. В опытах на трупном материале нам не удавалось заполнить вены прямой кишки со стороны мочеполового сплетения, хотя само сплетение хорошо заполнялось через тыльную вену полового члена или клитора. Таким образом, при нормальной морфологии вен прямой кишки обратный ток крови по средним, нижним, коротким, прямокишечным и средним крестцовым венам в сторону прямой кишки невозможен, а следовательно, эмболы и метастазы гематогенным путем могут переноситься только от прямой кишки. Выделено три варианта венозного оттока от прямой кишки: а) с минимальным; б) со средним и в) с максимальным количеством внеорганных вен. В 1-м варианте отток от кишки осуществляется только по верхней, коротким и нижним прямокишечным венам (3,75%), во 2-м — по верхней, средним, нижним и коротким прямокишечным венам (42,5%), в 3-м — по верхней, средним, нижним, коротким прямокишечным и средним крестцовым венам (53,75%). Варианты венозного оттока следует учитывать во время хирургических операций. При 1-м варианте застойные явления в дистальном отрезке прямой кишки при ее резекции будут сильно выражены, что, как показали наши опыты на животных, приводит к дистрофическим изменениям в стенке кишки.