

Содержание комплемента при различных формах пневмонии

Возраст	Статистический индекс	Разгар болезни		Период улучшения		Период выздоровления	
		локализованная форма	токсическая форма	локализованная форма	токсическая форма	локализованная форма	токсическая форма
До 6 мес. . .	$M \pm m$ P	$0,03 \pm 0,007$	$0,05 \pm 0,005$ <0,05	$0,05 \pm 0,01$ >0,2	$0,03 \pm 0,004$	$0,07 \pm 0,03$	$0,03 \pm 0,01$ <0,05
6—12 мес. . .	$M \pm m$ P	$0,06 \pm 0,01$	$0,06 \pm 0,009$ >0,5	$0,04 \pm 0,01$ >0,8	$0,05 \pm 0,008$	$0,06 \pm 0,01$	$0,03 \pm 0,004$ <0,05
1—2 года . .	$M \pm m$ P	$0,05 \pm 0,005$	$0,05 \pm 0,006$ >0,9	$0,07 \pm 0,01$ <0,01	$0,03 \pm 0,008$	$0,06 \pm 0,01$	$0,08 \pm 0,01$ >0,4
2—5 лет . .	$M \pm m$ P	$0,05 \pm 0,004$	$0,06 \pm 0,008$ >0,4	$0,05 \pm 0,008$ >0,9	$0,05 \pm 0,01$		

пневмонией: 87 токсической и 193 — локализованной формой. 181 ребенок был на естественном вскармливании, 73 — на смешанном и 26 детей — на искусственном.

Анализ показал, что у детей, переболевших локализованной пневмонией, рецидивы заболевания возникли в 30,5%, а у перенесших токсическую форму — в 25,2%.

При диспансерном наблюдении отмечено, что после перенесенной пневмонии у детей сохранялась бледность и мраморность кожных покровов, «тени» под глазами, сухость кожи, гиперпигментации в области крупных суставов. Часто выявлялась анемия нормохромного типа, у некоторых детей обнаруживались небольшой нейтрофилез, увеличение СОЭ (в пределах 10—20 мм в ч), приглушение тонов сердца; нередко прослушивался систолический шум. Эти остаточные явления были выражены независимо от формы перенесенной пневмонии.

Таким образом, дети, переболевшие пневмонией, должны находиться на диспансерном учете. Независимо от перенесенной формы заболевания, необходимо проводить долечивание, делать регулярный массаж грудной клетки и гимнастику в течение месяца, постепенно увеличивать длительность пребывания пациентов на свежем воздухе. При наличии лейкопении следует назначать метилурацил, пентоксил; при гипотрофии — апилак, тиреоидин, инсулин; при анемии — витамин В₁₂, железо с алоэ, феррум-лек и другие препараты железа. С целью стимуляции неспецифических факторов защиты рекомендуется проводить инъекции экстракта алоэ по 0,5 внутримышечно до 10—15 раз, плазмолла, γ-глобулина. Из физиотерапевтических мероприятий эффективны электрофорез с хлористым калием, аскорбиновой и никотиновой кислотами. Можно рекомендовать настои трав — мать-и-мачехи, подорожника, чебреца, душицы.

Поступила 5 декабря 1978 г.

УДК 616.33—002.44—073.75

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА ДВУКОНТРАСТНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ

И. Р. Хабибуллин

Кафедра рентгенологии (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Показаны преимущества методики двуконтрастного рентгенологического исследования в выявлении поверхностных изъязвлений желудка. Приведены 2 типичные рентгенограммы.

Ключевые слова: желудок, поверхностная язва, двуконтрастное рентгенологическое исследование.

2 иллюстрации.

При исследовании рентгенологом желудка по общепринятой методике снимки дают возможность изучить рельеф слизистой, а гастрोगрамма с тугим заполнением — его контуры, что позволяет врачу определить выявленную им деструкцию слизистой как «рельеф ниши» или же как «контурную нишу». Без установления прямого симптома язвы наличие только функциональных признаков делает диагноз сомни-

тельным, а если обнаруживается прямой симптом язвы, то функциональные признаки приобретают вторичное значение.

При язвах небольшой глубины классическая методика исследования не обеспечивает диагностику. Об этом ярко свидетельствует редкая выявляемость поверхностных изъязвлений при исследовании рельефа, именно поэтому двуконтрастное исследование желудка считается оптимальной техникой рентгенологического определения поверхностных разрушений слизистой желудка. Язва желудка любой природы вначале представляет собой поверхностное разрушение слизистой глубиной до 1 мм, но без реактивных изменений окружающих и подлежащих тканей. Выявление подобной патологии возможно лишь при эндоскопии. Но когда глубина эрозии достигает порядка 2 мм, она удачно может улавливаться на рентгенограммах желудка, произведенных с применением двуконтрастной методики.

За счет тонкого обмазывания внутренней поверхности желудка контрастной массой при двуконтрастном исследовании представляется возможным установление эрозий даже без изменений окружающих и подлежащих тканей. Расчет делается на импрегнацию барием малого язвенного кратера на фоне расправленной слизистой оболочки. Следовательно, методика двуконтрастного исследования рассчитана на обнаружение сугубо органической патологии без учета функционального состояния желудка. Примечательным является то, что на снимках после расправления и сглаживания рельефа внутренней стенки желудка определяются даже поверхностные разрушения слизистой в виде симптома «пятна».

Применяемая методика чрезвычайно проста. Исследуемый должен выпить 2 порции по 50 мл взвеси мелкоизмельченного бария, содержащей по отдельности в составе контрастного вещества лимонную кислоту и соду. После этого больного укладывают на спину с некоторым приведением правого плеча и в первые 2—3 мин производят снимки. По снимкам можно судить даже о преобладающем наличии в желудке жидкости или слизи. Если дистальная половина почти прозрачна, можно считать, что натепок преобладала жидкость. Флокуляция бария свидетельствует, что преобладала слизь, которая тонким слоем покрывала окружность желудочных полей. Иллюстрацией могут служить следующие наблюдения.

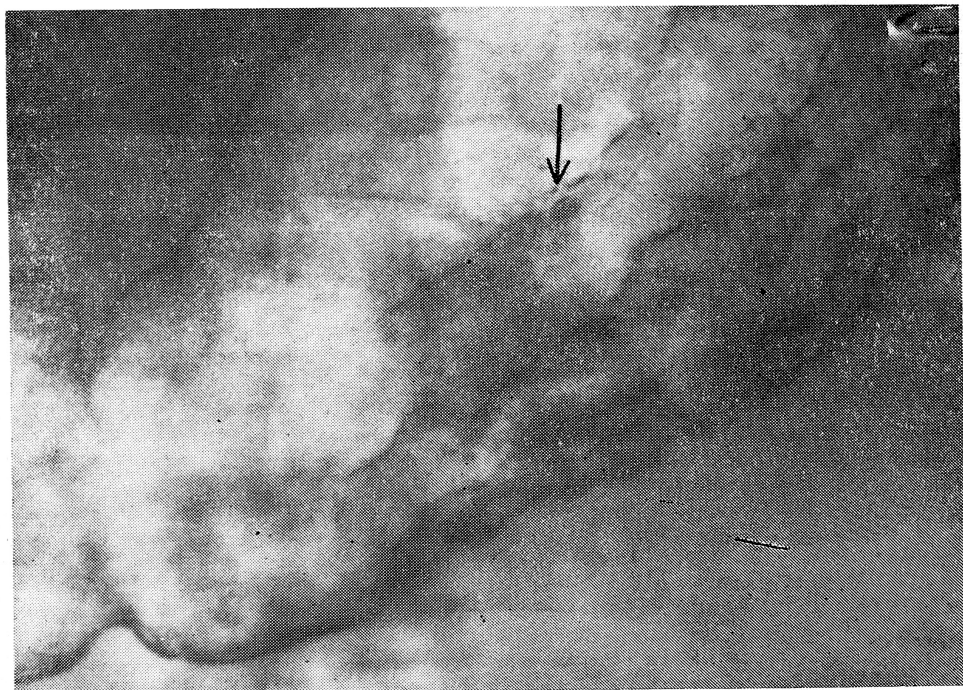


Рис. 1. Рентгенограмма желудка больной С. Хорошо видны неполностью сглаженные, отежные складки слизистой тела желудка. В нижней трети тела на задней стенке две поверхностные эрозии, симптом «пятна».

С., 41 г., поступила на стационарное обследование по поводу болей в эпигастрии. При рентгенологическом исследовании двуконтрастной методикой на снимке выявлены 2 пятна размерами 2 мм, расположенные на задней стенке средней трети тела

желудка. Заключение: эрозия тела желудка (рис. 1). Произведена гастропатоскопия, обнаружены 2 эрозивные поверхности без заметных реакций окружающих тканей. Заключение: эрозивное поражение слизистой задней стенки тела желудка. После курса лечения С. выписана, жалобы отсутствуют.

Рентгенологическое проявление разрушений слизистой желудка зависит от их глубины, протяженности и от состояния окружающих и подлежащих тканей. С течением времени за счет присоединения отека и воспаления окружающих тканей края поврежденной слизистой слегка приподнимаются в виде нежного валика, а изъязвленная поверхность углубляется в пределах слизистого слоя. Эти изменения за экраном неуловимы, но хорошо видны на снимках с расправленным рельефом.

Д., 45 лет, обратилась по поводу болей в подложечной зоне. Прежде подозревалась язвенная болезнь дуоденальной локализации. При рентгенологическом исследовании с производством снимков в синусе желудка выявлен участок импрегнации бария размером 2 мм с небольшим воспалительным венчиком (рис. 2). Заключение: эрозия синуса желудка. Через 3 дня произведена гастропатоскопия, при которой подтверждено наличие эрозии на фоне гиперемии с нежным воспалительным валом. Повторная гастропатоскопия не производилась.

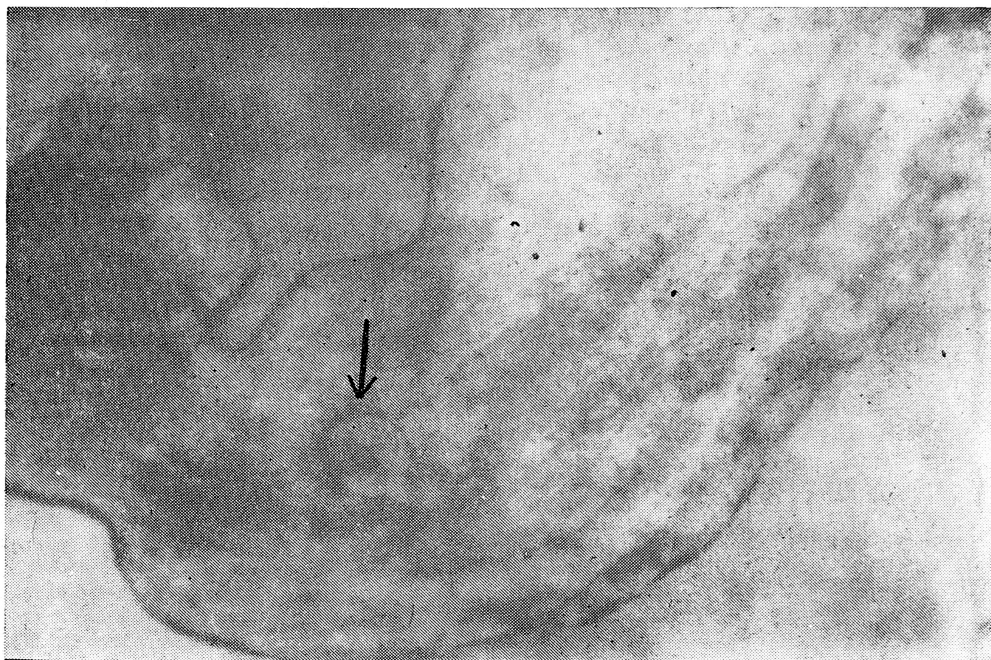


Рис. 2. Рентгенограмма желудка больной Д. Небольшое валикообразное возвышение слизистой задней стенки антрального отдела желудка с симптомом «пятна» в центре. Фиброгастропатоскопически определяется эрозия.

Когда тканевая реакция достигает подслизистого слоя, патологический процесс становится доступным визуальному контролю за экраном, т. е. рентгенологическая картина разрушения слизистой принимает классический вид.

Таким образом, неглубокие эрозии стенки желудка отчетливо выявляются при применении двухконтрастного метода исследования. К сожалению, данная патология еще не стала предметом пристального изучения и рентгенологического распознавания, хотя для этого имеются реальные предпосылки. Из описанного становится ясным, что в выявлении поверхностных язв желудка методика двухконтрастного исследования должна быть не дополнительной, а основной. В связи с широким внедрением эндоскопического метода исследования в практику здравоохранения рентгенологам следует пересмотреть устоявшиеся взгляды на перспективы определения поверхностных и малых эрозий слизистой желудка.

Поступила 31 марта 1980 г.