

- Кудрин А. Н., Коган А. Х. Фармакол. и токсикол., 1982, 1, 32.—35. Меерсон Ф. З., Павлова В. М., Коробейникова Э. Н. Вопр. мед. хими, 1980, 6, 823.—36. Меерсон Ф. З., Архипенко Ю. В. и др. Кардиология, 1981, 12, 55.—37. Меерсон Ф. З., Каган В. Е., Козлов Ю. П. Там же, 1982, 2, 81.—38. Мохнаткина Н. С., Крылов В. И. Тер. арх., 1983, 3, 37.—39. Мхитарян В. Г., Агаджанов М. И., Мелик-Агаева Е. А. Журн. эксп. клин. мед., 1975, 1, 3.—40. Осинская Л. Ф. Митохондриальные и микросомальные системы продукции и детоксикации перекисей липидов в норме, при гипоксии и применении антиоксидантов. Автореф. канд. дисс. Минск, 1980.—41. Пальмина Н. М., Гайнцева В. Д., Сезина Н. П. Вопр. онкол., 1980, 1, 80.—42. Партыгин Л. И. Педиатрия, 1980, 2, 56.—43. Пирузян Л. А., Каплан Е. В., Максимова И. А. и др. Изд. АН СССР, серия биол., 1970, 1, 93.—44. Спиричев В. Б. Вопр. питания, 1974, 3, 9.—45. Стригин В. М., Трубников Г. Н., Попова Л. В. Тер. арх., 1983, 3, 77.—46. Тимербулатов Р. И., Селезнев Е. И. Лабор. дело, 1981, 4, 209.—47. Шепелев А. Г. Вопр. мед. хими, 1976, 1, 47.—48. Шилина Н. К., Чернавина Г. В. Там же, 1980, 2, 150.—49. Шишкина Л. Н., Пальмина Л. П., Бурлакова Е. Б. Радиобиология, 1976, 2, 230.—50. Шуликовская Т. С., Аршинов Б. Ю., Пахомов В. Ю. и др. ДАН, 1980, 1, 242.—51. Эмануэль Н. М., Саприн А. Н., Шуляковская Т. С. и др. Там же, 1973, 6, 1449.—52. Эмануэль Н. М., Шуляковская Т. С., Кондратьева В. А. Там же, 1973, 5, 1213.—53. Bragt P., Banskberg J., Bonta I. Inflammation, 1980, 4, 3.—54. Comporti M. Boll. Soc. Ital. Biol. Sper., 1965, 41, 222.—55. Comporti M., Saccoci C., Dianzani M. Enzymologia, 1965, 29, 185.—56. Dianzani M., Saccoci F., Comporti M.—In: Biochemical Pathology, Baltimore, 1965.—57. Di Luzio M. Fed. Amer. Soc. Exp. Biol., 1973, 32, 1875.—58. Dungal E. J. A. M. A., 1961, 178, 789.—59. Fukuzumi K. Fette, Seifen, Auztrichmittel, 1969, 11, 953.—60. Glavindv J., Martman S., Clemmesen J. Acta Pathol. Microbiol., 1952, 30, 1.—61. Harman D. J. Gerontol., 1961, 16, 247.—62. Hartman A., Di Luzio N. Proc. Soc. Exper. Biol. Med., 1968, 127, 270.—63. Konings A., Oosterloo S. Radiation Res., 1980, 81, 2.—64. Mandal T., Chatterice S. Ibid., 1980, 83, 2.—65. McLean A. Brit. J. Exper. Pathol., 1967, 48, 632.—66. Recknagel R., Ghoshal A. Nature, 1966, 210, 5041.—67. Slater T. Ibid., 1966, 209, 36.—68. Smucler E. Lab. Invest., 1966, 15, 137.—69. Tokeda K. Gann (Tokyo), 1955, 46, 1.—70. Torrielli E., Ugazio G. Life Sci., 1970, 9, 1.—71. Wood J., Watson W. Canadian J. Physiol. Pharmacol., 1967, 45, 752.

Поступила 22.10.85.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—089(63)

А. Б. Ахмеров (Казань). Из опыта работы хирурга в Эфиопии

В настоящем сообщении нам хотелось бы поделиться некоторыми впечатлениями из опыта трехлетней работы с 1981 по 1984 г. в госпиталях Эфиопии в г. Некемте (провинция Уоллега в западной части Эфиопии) и г. Асмара (северная провинция Эритрея). Указанные госпитали обслуживают население не только названных городов, но и весьма обширных провинций, что, естественно, сказывается на своевременности поступления больных и является причиной запущенных заболеваний, часто после попыток неквалифицированного лечения на местах. В связи с большим недостатком квалифицированных национальных кадров врачебная служба представлена специалистами из различных стран. Значительную группу среди врачей, работающих в Эфиопии, составляют советские специалисты, в том числе хирурги.

Тяжелое наследие императорского режима, суровость природных условий в связи с засухой, периодически поражающей ряд обширных регионов страны, создают условия для распространения инфекционных, паразитарных заболеваний, недоедания, а также определяют характер, течение и методы лечения различной патологии, требующей неотложного хирургического вмешательства.

Среди острой патологии брюшной полости наиболее часто встречается кишечная непроходимость (40%), которая более чем в 60% случаев обусловлена заворотом сигмовидной кишки. Во время операции, как правило, обнаруживалась мегадолихосигма со значительными деформирующими рубцовыми изменениями брыжейки, что способствовало возникновению заворота. По всей вероятности, причинами этих изменений в кишечнике являлись особенности питания (преимущественно грубая растительная пища) и распространенность кишечных инфекций, которые весьма часто приобретают хроническое течение. Больные страдают ими длительное время и нередко с детского возраста. У ряда больных с кишечной непроходимостью удавалось избежать оперативного вмешательства в связи с успешным применением консервативных мероприятий, однако многие из них через некоторое время вновь поступали с аналогичными клиническими проявлениями.

С учетом характера патологических изменений (длинная рубцовоизмененная брыжейка сигмовидной кишки, увеличенные размеры самой кишной петли) отдавалось предпочтение резекции сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза при условии отсутствия некротических явлений. Эта операция радикально устраняла причины для повторного возникновения заворота, которым чреватые паллиативные методы типа сигмопластик. Анастомоз после резекции удавалось наложить без излишнего натяжения. Некротические изменения кишечной петли не позволяли выполнять одномоментную резекцию и анастомозирование, поэтому приходилось создавать свищ. После первичной резекции сигмы при завороте с одномоментным восстановлением проходимости кишечной трубки, произведенной по соответствующим показаниям более чем у 40 больных, осложнений и неблагоприятных исходов нами не отмечено.

Более чем у половины больных из числа экстренно оперированных по поводу разлитого перитонита были перфорации брюшнотифозных язв (нередко множественных). К сожалению, многие из них поступали на очень поздних сроках, что не могло не сказаться на исходах заболевания.

В связи с распространенностью амебной дизентерии наблюдались специфические поражения печени вплоть до развития амебных абсцессов, которые при прорыве в брюшную полость вели к возникновению тяжелого перитонита.

Острый аппендицит встречался реже, чем в нашей стране. Из 83 больных, прооперированных в связи с острыми воспалительными изменениями в червеобразном отростке, у 19 были перфоративная форма и перитонит. Летальных исходов не было.

Обращает на себя внимание редкость острого холецистита: было прооперировано всего 2 человека по поводу деструктивного холецистита. Из них один больной был подростком 13 лет, который поступил с признаками разлитого перитонита. Во время операции были обнаружены некротические изменения в желчном пузыре со множественными язвенными дефектами и перфорациями. К сожалению, из-за отсутствия патогистологической лаборатории не было возможности детально изучить препарат и окончательно определить природу этой патологии. Возможно, в данном случае имело место какое-то специфическое паразитарное поражение. Чаще поступали больные с клиническими признаками хронического холецистита на фоне желчнокаменной болезни, в основном среди наиболее состоятельной категории населения, которых оперировали в плановом порядке. За время работы мы не встретили ни одного больного острым панкреатитом. Все эти особенности объясняются, вероятнее всего, условиями жизни и характером питания людей.

Значительно реже отмечается язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, несмотря на увлечение острой пищей и пряностями. Однако, если исходить из существования значительного числа больных гастритом, ее редкость все же вызывает сомнение. Данная патология, вероятно, часто просто не диагностируется.

В то же время было прооперировано 12 больных по поводу пилородуоденальных стенозов язвенного происхождения (клиника суб- и декомпенсации) и 5 пациентов с перфоративной язвой. Случаи острых кровотечений из желудочно-кишечного тракта были обусловлены преимущественно цирротическими поражениями печени, довольно частыми в Эфиопии в связи с большим числом больных гепатитом.

Нередко наблюдались больные с постмалярийной спленомегалией, требующей оперативного лечения. Селезенка при этом достигала огромных размеров, у некоторых больных она занимала большую часть брюшной полости и весила от 3 до 5 кг.

Среди больных туберкулезом встречались лица с поражениями костей, суставов, лимфатических желез и т. д. 3 больных были прооперированы по поводу туберкулезного перитонита.

Следует отметить и большую распространенность зоба, хотя его тиреотоксические формы редки. Лишь у 3 больных была легкая форма тиреотоксикоза и у одной обнаружены явления базедовизма. У 57 больных, оперированных по поводу зоба, в основном были эутиреоидные многоузловые и диффузные формы этой патологии, нередко достигавшие огромных размеров, причем совершенно отчетливо прослеживалась эндемичность. Мы наблюдали, например, семью (мать с тремя малолетними детьми), в которой у всех членов был многоузловой формы зоб больших размеров. Операции производились по методу субтотальной, субкапсулярной резекции щитовидной железы (несмотря на большие ее размеры). У 2 больных в послеоперационном периоде имели место проходящие признаки легкой паратиреоидной недостаточности, легко поддававшиеся медикаментозной коррекции. Прочих осложнений не было.

Среди онкологических заболеваний часто выявлялись саркомы различных типов, главным образом наружной локализации. Нередко приходилось сталкиваться с раковым поражением молочной железы, причем многие больные обращались в далеко зашедшей стадии этой патологии, и выполнение радикального вмешательства не всегда было возможным.

Большую группу составляли урологические пациенты, страдающие мочекаменной болезнью и аденомой предстательной железы. Много было больных со стриктурой уретры инфекционно-воспалительного, паразитарного и посттравматического характера, которые нередко требуют пластических операций, поскольку бужирование не дает стойкого эффекта.

Обращает на себя внимание довольно большое число больных с пиомиозитами, часто приводящими к образованию огромных межмышечных гноевиков, содержащих

до 2 л и более гноя. После вскрытия, опорожнения и соответствующего дренирования процесс довольно быстро ликвидируется.

Целесообразно также остановиться на некоторых вопросах бактериологии и антибактериальной терапии при гнойно-воспалительной патологии в условиях Эфиопии. Бактериологические исследования и определение чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам были проведены в госпитале г. Асмары у 48 больных с различными гнойно-воспалительными процессами и осложнениями. Выявлялись преимущественно грамотрицательная микрофлора типа кишечной палочки, протей, патогенный стафилококк. Из антибактериальных препаратов чувствительность выделенных микроорганизмов в наибольшей степени отмечалась к нитрофуранам, тетрациклину, карбенициллину, хлорамфениколу, стрептомицину, в меньшей степени — к ампициллину. Пенициллин, как это наблюдалось повсеместно, показывал в лабораторных условиях наименьшую антибактериальную активность. При клиническом применении эффективность терапии антибиотиками при гнойно-воспалительной патологии в основном была высокой.

Наиболее распространенным видом обезбоживания при оперативных вмешательствах был внутривенный наркоз (кеталар), в некоторых случаях использовалась перидуральная анестезия. Местное обезбоживание применялось при некоторых хирургических обработках ран и небольших гнойных операциях.

Следует выразить сожаление в связи с отсутствием пока еще хорошей лабораторной и патоморфологической служб при госпиталях, что не позволяло проводить соответствующие исследования для уточнения характера патологии.

УДК 617.52:[616.5—002.34+616.5—002.35]—08

**Ф. С. Хамитов, Г. Г. Мингазов, В. Н. Козлов, Я. З. Эпштейн (Казань).
Комплексное лечение фурункулов и карбункулов лица**

С 1974 по 1984 г. под нашим наблюдением находилось 210 больных (мужчин — 118, женщин — 92) с фурункулами и карбункулами лица. Заболевание преобладало у лиц 16—25 лет (76%). У 75 больных процесс локализовался в подглазничной и щековой областях, у 37 — на верхней губе, у 18 — на нижней, у 12 — в лобной области, у 38 — подбородочной, у 30 — на углу рта.

Лечение проводили в зависимости от стадии и характера патологического процесса. 87 больных с неосложненными фурункулами и карбункулами лечили консервативными методами: накладывали масляно-бальзамические повязки Вишневского, инъецировали местно и внутримышечно полусинтетические антибиотики, назначали внутрь сульфаниламидные, нитрофурановые и десенсибилизирующие препараты, местно — УФО и УВЧ. На 2—3-е сутки отмечалось обратное развитие признаков воспаления: уменьшались гиперемия и отек, размягчался и ограничивался инфильтрат.

Лечение 123 больных со злокачественными фурункулами и карбункулами лица осуществляли комплексно: гнойно-некротические очаги вскрывали в день госпитализации, парентерально в больших дозах применяли антибиотики широкого спектра действия. Вводили антистафилококковый гамма-глобулин и гиперимунную антистафилококковую плазму. Больным проводили интенсивную инфузионную и антикоагулянтную терапию, корригировали углеводный обмен у больных сахарным диабетом.

Несмотря на интенсивную терапию, 6 больных с наиболее злокачественным течением процесса умерли. Летальный исход у 4 больных был связан с поздней госпитализацией; причинами смерти были тромбоз восходящих вен лица и кавернозного синуса, сепсис, септическая пневмония, менингоэнцефалит. У 2 пациентов заболевание протекало на фоне тяжелой формы сахарного диабета. У 4 больных гнойно-некротические очаги располагались выше линии, соединяющей мочку уха с углом рта, у 1 — в лобной области, у 1 — на верхней губе; у 2 больных первичными очагами были фурункулы, у 4 — карбункулы. У всех больных высевался золотистый стафилококк.

Эффективность комплексной тактики лечения злокачественно протекавшего карбункула лица может быть показана на следующем примере.

Ш., 24 лет, доставлена в клинику хирургической стоматологии Республиканской клинической больницы Минздрава ТАССР из районной больницы 26.09.84 г. на 7-е сутки от начала заболевания по поводу карбункула верхней губы, осложнившегося тромбозом вен лица, сепсисом, токсическим нефритом и миокардитом. Состояние больной при госпитализации тяжелое, сознание ясное. Температура тела — 38,2°. Тоны сердца приглушены, пульс — 84 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 14,6/10,6 кПа. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, участвует в дыхании; печень и селезенка не пальпируются.

Местно: асимметрия лица за счет инфильтрата верхней губы и мягких тканей левой половины лица, частично левой подчелюстной области. Отек век левого глаза, глазная щель закрыта, отмечаются экзофтальм левого глаза и ограничение движения левого глазного яблока. Рот открывается свободно. На слизистой и красной кайме, частично на коже верхней губы имеются многочисленные изъязвления, участки некроза тканей, гнойно-некротические стержни. Кожа верхней губы напряжена, гиперемирована, над поверхностными венами лица кожа багрово-синюшного цвета, по ходу