

хорошо функционирует в течение 12 месяцев. У 12 больных со значительным нарушением периферического кровообращения развился тромбоз подколенной артерии ниже места наложения анастомоза. Большинство из этих больных страдало диабетом, и анастомоз был произведен как последняя операция перед ампутацией конечности. Трои больных умерло: 2 от коронарной болезни и 1 — от множественного тромбоза. При сравнении результатов применения найлонового протеза и венозного аутотрансплантата отмечено более частое тромбирование последнего. Кроме того, трансплантат вены в дальнейшем подвергается фиброзным и рубцовым изменениям, что резко ухудшает результаты операции; найлоновый протез практически не изменяется. Тромбозы при использовании найлонового протеза развиваются только в ближайшее время после операции. В результате операции больные успешно пользуются конечностью, причем исчезает симптом «перемежающейся хромоты».

У 2 больных авторы применили ивалоновые протезы, в обоих случаях результаты были неудовлетворительны. В области бифуркации аорты для восстановления сосудистой проходимости были использованы протезы из найлона, ивалона и гомотрансплантат артерии. У 11 из 12 больных найлоновый протез дал хорошие функциональные результаты. Другие ткани (вена, артериальный трансплантат), а также ивалон дают более высокий процент неудачных исходов.

Hitehcock, C. a. oth. Early Results of By-Pass Vascular Shunts and Grafts Using Nylon Prostheses. «Lancet», 1957, 77, № 11, p. 423—425.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СЕРДЦА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЯХ, ПРОВОДИМЫХ ПОД ИСКУССТВЕННОЙ ГИПОТЕРМИЕЙ

Для контроля за деятельностью сердца при оперативных вмешательствах на сердце и крупных сосудах под контролируемой гипотермией со снижением температуры тела до 31—28° использовали комбинированный кардиоскоп, который позволяет одновременно записывать электрокардиограмму и следить за ее отклонениями на наиболее важных этапах операции. Из 50 больных, оперированных с применением комбинированного кардиоскопа, у 31 была произведена митральная комиссуротомия с доступом через левое ушко, у 1 — вальвулотомия при стенозе легочной артерии, с доступом через желудочек, у 3 — пробная кардиотомия и у 15 — различные операции на крупных сосудах (наложение анастомозов по Блэлоку и резекция перешейка аорты при стенозе ее). С целью уточнения изменений, наступающих во время операции под гипотермией, полученные ЭКГ сравнивали с дооперационными и послеоперационными ЭКГ. Наибольший интерес для анализа результатов представляет группа операций по поводу митрального стеноза, так как однотипность оперативного вмешательства позволяет сравнивать наблюдающиеся электрокардиографические изменения. Все больные были во II—III стадии болезни, со средним возрастом 36 лет, у 8 из них до операции наблюдалась аритмия, у остальных был регулярный синусовый ритм. У всех больных отмечалась правограмма. Во время проведения гипотермии, до начала оперативного вмешательства ни у одного больного ритм не изменялся. При торакотомии у больных более пожилого возраста и у больных с аритмией наблюдались желудочковые экстрасистолы. При вскрытии перикарда появились желудочковые экстрасистолы у 3 человек. При наложении кисетного шва на ушко наблюдали изменения ритма у 9 больных и у 7 больных при наложении клеммы на ушко, у 2 появилась абсолютная аритмия. На расширение атриовентрикулярного отверстия все больные реагировали изменением ритма, особенно ясно в момент закрытия отверстия пальцем, затем наступала кратковременная брадикардия, которая у большинства сменялась восстановлением основного ритма, бывшего до операции. Закрытие ушка, перикарда и грудной клетки протекало без осложнений. После операции аритмия оставалась у 13 человек (до операции у 8). Другие операции на сердце и сосудах также показали отсутствие серьезных изменений функции сердечной мышцы при контролируемой гипотермии; аналогичные вмешательства на сердце и крупных сосудах без применения гипотермии сопровождались тяжелыми нарушениями сердечной деятельности. Библиография — 25 названий.

Just, o. n. a. Elektrokardiographische Kontrolle der Herzaktion bei kardiovaskulären Eingriffen in kontrollierter Hypothermie. «Der Chirurg», 1957, № 12, S. 529—533.

АНАЛИЗ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОТНОШЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА, ПРОВОДИМОЙ В ПРАГЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ 5 ЛЕТ

Борьба с инфекционным гепатитом в последние годы была одной из главных задач здравоохранения Чехословакии. За истекшие 5 лет заболеваемость желтухой снизилась почти вдвое. Однако, по количеству заболеваний инфекционный гепатит остается на первом месте среди других заразных заболеваний. В течение пяти лет клинически выраженной формой инфекционного гепатита переболело 2,4% жителей

Праги. Смертность от инфекционного гепатита составляла в 1955 году 1,1 на 100 000 жителей. В 42% от общего количества умерших от инфекционных болезней причиной смерти был инфекционный гепатит. В то время как летальность при ряде инфекционных болезней за последние годы снижается, летальность при инфекционном гепатите не уменьшается.

На материалах обследования 11 279 больных с клинически подтвержденным инфекционным гепатитом в 60% случаев не удалось установить источник заражения. В 40% случаев источником заражения послужили контакты в семье, в детских учреждениях или других местах.

Госпитализация больных в 1955 г. производилась в среднем через 3,9 дня от начала заболевания (по сравнению с 9,3 днями болезни от начала заболевания в 1951 г.). Улучшились диагностика и госпитализация больных при бэжелтушном течении гепатита. Больные с бэжелтушной формой гепатита в 1955 г. составляли 27,7% от общего числа госпитализированных взрослых и 1,4% среди детей.

В 1955 году, как и в предшествующие годы, среди больных инфекционной желтухой значительно преобладали дети до 15 лет. С профилактической целью широко применялся гамма-глобулин. В течение трех последних лет иммунизировано 29 657 человек. Заболеваемость среди них составила в 1955 году 0,26%, по сравнению с 0,76% в 1953 году. Снижение заболеваемости объясняют сокращением интервала между началом контакта с больными и проведением прививок с 6—7 дней в 1953 году до 3—7 дней в 1955 году. Расходы на профилактику инфекционного гепатита гамма-глобулином в 1955 году в два раза превысили затраты на все остальные прививки. Необходимо тщательное наблюдение над привитыми, чтобы abortивно протекающие или инапарантные формы гепатита у них не стали источниками новых заражений. Для сокращения числа постинфекционных осложнений рекомендуется систематическое диспансерное наблюдение за реконвалесцентами на протяжении не менее одного года.

«Casopis lékaru českých». 1957, 17, str. 505—510.

ПРИМЕНЕНИЕ АКТГ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛТУХ

У 18 больных острым гепатитом введение АКТГ по 100 ед. в день в течение 6 дней вызывало в большинстве случаев снижение содержания билирубина в сыворотке крови и повышение содержания протромбина. У 12 больных с обтурационной желтухой (желчнокаменная болезнь, рак поджелудочной железы, хронический панкреатит) АКТГ не вызывал этих изменений. Проба с АКТГ рекомендуют в качестве дифференциальной диагностического теста при установлении природы желтухи. Проба с АКТГ или лечение этим препаратом противопоказаны при сердечной недостаточности с застойными явлениями. Считают, что благоприятное действие АКТГ и кортизона на желтушный индекс и содержание протромбина определяется противовоспалительным действием этих гормонов. Кортизон обладает также желчегонным действием. При биопсиях обнаружено ускорение регенерации печеночных клеток в результате введения АКТГ.

Gastroenterologia, 1957, 87, № 1, p. 23—29.

БЭЖЕЛТУШНЫЕ ФОРМЫ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА

Различают 3 формы бэжелтушного инфекционного гепатита: острую, подострую и abortивную (латентную). Симптоматология острой формы характеризуется острым началом, быстрым ухудшением общего состояния, лихорадкой, катаром верхних дыхательных путей, тошнотой, отвращением к мясу и жирам; объективно находят увеличение печени, иногда и селезенки, увеличение уровня железа и билирубина крови (до 2 мг%), патологические коллоидальные пробы. Подострая форма характеризуется отсутствием не только желтухи, но и симптомов острого инфекционного заболевания. Длительное время отсутствуют симптомы со стороны печени. Характерно медленное нарастание слабости, склонность к обморочному состоянию, сердцебиение,очные поты, тошнота, полиурия. Абдоминальные симптомы слабо выражены, но именно они играют решающую роль. Отмечают горечь во рту, тяжесть и боли в животе, метеоризм, спастические боли по ходу кишечника, запоры, а иногда поносы, боли в правой (иногда левой) подвздошной области, иррадиирующие в грудную клетку. Сон извращен, ночью бессонница. Нередко появляются зуд кожи, уrtикарная сыпь, иногда носовые и кишечные кровотечения. Объективно находят бледность кожных покровов со слегка коричневым или желтушным оттенком, небольшое увеличение и болезненность печени и выраженные гедовские зоны. Отмечают явления гастрита или дуоденита.

Важнейшими диагностическими пробами являются: тимоловая проба, реакция с сульфатом цинка, микро-реакция Таката, определение уровня железа и билирубина в крови и бромсульфалеиновая проба. С точки зрения прогноза бэжелтушные гепатиты опасны тем, что они часто вызывают циррозы и хронические гепатиты, вследствие трудности их ранней диагностики.

Неере, F. Die akutären Verlaufsformen bei infektiösen Hepatitis. «Medizinische Klinik», 1957, Jahrg. 52, № 17, p. 720—728.