

У 61 (89,8%) из 68 больных хроническим обструктивным бронхитом стойкая ремиссия после 1—2 курсов лечения длилась год и более. Только 7 больным лазеротерапия не принесла заметного улучшения.

Непосредственно после лечения у 76% больных хроническим обструктивным бронхитом показатели функции внешнего дыхания в динамике улучшились, у 16,7% — остались без изменения, у 7,3% — несколько ухудшились.

После курсового лечения через год и более у многих больных удалось снизить дозу или полностью отменить прием медикаментов. В особенности следует заметить, что из 26 больных, получавших поддерживающие дозы глюкокортикоидов, в итоге терапии удалось полностью освободить от приема этих гормонов 15 больных. Из оставшихся 11 пациентов, продолжавших прием глюкокортикоидов, после лазеротерапии удалось снизить ежедневную дозу глюкокортикоидов наполовину еще у 5 человек. Таким образом, у большинства больных длительный прием гормонов был полностью прекращен.

На протяжении года после лазеротерапии совсем не пользовались листами нетрудоспособности 30% больных бронхиальной астмой инфекционно-аллергической формы и 56% с хроническим обструктивным бронхитом. На 100 работающих больных сокращение временной нетрудоспособности составило 2820 дней.

УДК 617.7—007.681—073.178

Е. С. Ханпетова, В. В. Ляхович, В. В. Бакуткин (Саратов). О применении разгрузочной периметрической пробы при глаукоме

Переход от консервативного к оперативному лечению глаукомы — один из ключевых вопросов офтальмологии. В последнее время предложены пробы для прогнозирования послеоперационного течения глаукомы. Целью данных проб является контроль за состоянием зрительных функций при общей гипотензивной терапии. В широкой практике наиболее часто применяется разгрузочная периметрическая проба В. Н. Маринчева (1971), которая считается положительной, если после приема глицерола из расчета 1,5 г на 1 кг массы тела больного расширяется поле зрения и повышается острота зрения.

В данной работе были изучены возможности разгрузочной периметрической пробы в зависимости от стадии глаукомы и степень расширения границ поля зрения по меридианам при проведении пробы.

Под наблюдением находились больные (женщин — 21, мужчин — 27) с первичной открытоугольной (39 чел.) и с закрытоугольной (9) глаукомой. С развитой стадией заболевания было 18 больных, с далеко зашедшей — 30. Возраст больных составлял $68 \pm 3,5$ года. На фоне местной гипотензивной терапии среднее внутриглазное давление перед пробой у больных с развитой стадией глаукомы равнялось $4,3 \pm 0,3$ кПа, в далеко зашедшей стадии — $4,7 \pm 0,4$ кПа. Поле зрения исследовали на проекционном периметре, диаметр метки — 3 мм, по 8 меридианам в следующей очередности: 1 — назальный, 2 — верхненазальный, 3 — верхний, 4 — верхнетемпоральный, 5 — темпоральный, 6 — нижнетемпоральный, 7 — нижний, 8 — нижненазальный.

Больным назначали глицерол из расчета 1,5 г на 1 кг массы тела через 1 ч и диакارب (0,25 г) при отсутствии нормализации внутриглазного давления. Через 3 ч еще раз измеряли внутриглазное давление, остроту зрения и поле зрения. У 18 больных с развитой стадией глаукомы внутриглазное давление после разгрузки снизилось до $3,4 \pm 0,3$ кПа, у одного больного оно не изменилось. Острота зрения улучшилась у 5 больных, осталась прежней — у 13.

У 30 больных в далеко зашедшей стадии глаукомы внутриглазное давление составило $3,3 \pm 0,4$ кПа. Острота зрения после пробы повысилась у 19 пациентов, осталась прежней — у 11. У 3 пациентов проба оказалась отрицательной (внутриглазное давление не снизилось, зрительные функции не улучшились).

Данные, полученные при проведении пробы, показали, что независимо от стадии глаукомы происходило улучшение зрительных функций на фоне нормализации внутриглазного давления. Однако оценка пробы только по улучшению остроты зрения недостаточно точна. У 5 больных со II стадией и у 11 — с III стадией заболевания центральное зрение осталось прежним.

Наиболее достоверным критерием положительной пробы является расширение границ поля зрения, которое наблюдается по всем меридианам, но в назальном, верхненазальном квадрантах оно наиболее, и суммарное расширение границ поля зрения происходит за счет этих квадрантов.

УДК 616.61—002—085.38.015.2

Е. В. Шахов, Ю. А. Арлимов (Горький). Гемосорбция в комплексном лечении гнойного пиелонефрита

Проведено 37 сеансов гемосорбции 16 больным (7 мужчинам, 9 женщинам) с острым воспалительными заболеваниями почек, из них 10 — в комбинации с гемодиализом. Больные были в возрасте от 21 года до 62 лет. Заболевание было вызвано нарушением уродинамики и высокопатогенной микрофлорой (табл.). Длительность

Применение гемосорбции при пиелонефрите различной этиологии

Причины пиелонефрита	Количество гемосорбций			
	Число больных	Количество гемосорбций	Количество гемосорбций с гемодиализом	Количество гемосорбций с гемодиализом
Обтурирующие камни моче- точников	6	9	—	
Нефрактомия	4	9	—	
Обострение хронического пиелонефрита, терминаль- ная почечная недостаточ- ность	3	3	10	
Резекция мочевого пузыря по поводу опухоли	2	4	—	
Некротический цистит	1	2	—	
Всего	16	27	10	

острого пиелонефрита и нарушения пассажа мочи и верхних мочевых путей до момента применения гемокарбоперфузии составляла 5—26 дней. В этот период больным назначали интенсивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. С целью улучшения пассажа мочи проводили катетеризацию почек, уретеролитотомию, цистостомию, нефростомию. Сеансы гемосорбции начинали на 5—39-е сутки после оперативных вмешательств на мочевых путях.

Состояние всех больных было тяжелым в связи с выраженной интоксикацией и гипертермией. Клиническими проявлениями интоксикации являлись тошнота, сухость во рту, общая слабость, плохой сон, отсутствие аппетита, тахикардия. У 3 пациентов констати-

рована токсическая энцефалопатия в виде психоза и судорожных подергиваний мышц. При физикальном обследовании отмечалась болезненность в области почек.

Из крови 6 больных высеян стафилококк, у 5 — кишечная палочка, у 3 — палочка синезеленого гноя; у 2 кровь была стерильной. Из мочи высеивались протей, кишечная палочка, клебсиелла. Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ, гипоальбуминемия, пиурия, альбуминурия, метаболический ацидоз были у всех больных. О выраженности интоксикации свидетельствовали тест парамедианного времени (6—10 мин) и токсическая зернистость нейтрофилов, которая констатирована у 9 больных.

При проведении операций экстракорпоральной гемокарбоперфузии использовали роликовый насос массообменник на основе перфузионной насадки с шелевым фильтром (НПР-1, ФП-1) и стандартного стеклянного флакона с гемосорбентом СКН. При комбинации гемосорбции и гемодиализа у больных с терминальной почечной недостаточностью массообменник последовательно соединяли с диализатором пластинчатого типа. Аппарат к больному подключали с помощью артериовенозного шунта на предплечье или подкожной артериовенозной фистулы (у больных с терминальной почечной недостаточностью). Продолжительность операции колебалась от 1 до 4 ч при скорости кровотока 100—150 мл/мин и объеме перфузируемой крови от 7 до 30 л. Во время операции проводили общую и дозированную гепаринизацию из расчета 200—400 ед гепарина на 1 кг массы тела. С целью усиления детоксикации и улучшения реологических свойств крови за 1—2 ч до сеансов гемосорбции больным переливали 400 мл реополиглюкина и 250 мл протеина либо 200 мл 10% раствора альбумина.

Особенностью гемосорбции у больных с гнойно-септическими процессами является склонность к спеканию гранул сорбента на основе массообменника. Для предотвращения этого осложнения осуществляли размывку колонки с сорбентом 0,9% раствором хлорида натрия с гепарином каждые 30—40 мин ведения гемосорбции (10 000 ед гепарина на 1 л раствора хлорида натрия). Количество гемоперфузий (1—4), производимых больным до достижения клинического эффекта, зависело от характера инфекционного процесса, его выраженности, общего состояния больного, динамики лабораторных показателей. Сеансы гемосорбции проводили с интервалами в 1—4 дня. Эффективность гемосорбционной детоксикации оценивали по клиническим данным, динамике морфологического состава крови, изменению токсичности плазмы, результатам посева крови и мочи. После гемосорбции все больные отмечали улучшение самочувствия, появление аппетита, нормализацию сна. Через 1—2 сут снижалась температура тела, ослабевали боли в пояснице, проходили явления токсической энцефалопатии. Токсичность плазмы уменьшалась в 2—3 раза, исчезал токсический гранулоцитоз, снижался лейкоцитоз, нормализовались формула белой крови и показатели кислотно-щелочного состояния. В контрольных посевах крови и мочи роста бактерий не определялось уже после проведения 1—2 сеансов гемосорбции. При комбинации гемосорбции и гемодиализа особенно заметно происходило снижение в крови уровня азотистых шлаков. Концентрация мочевины в этом случае падала на 40—50%, креатинина и мочевой кислоты — на 60—65%. Электролитный состав крови существенных изменений не претерпевал. В периферической крови наблюдалось умеренное уменьшение количества тромбоцитов (на 10—12%) и эритроцитов (на 8—10%), число которых восстанавливалось до исходного через 1—2 сут. В 3 случаях имело место тромбирование системы сорбента через 40—60 мин после начала операций и в 3 — кратковременный озноб. Других осложнений не было.

13 больных в удовлетворительном состоянии выписаны из стационара, 3 умерли. На аутопсии у последних были выявлены необратимые дегенеративные изменения внутренних органов.

Таким образом, гемосорбция способствует более быстрой ликвидации генерализованной инфекции и местного воспалительного процесса, оказывает выраженный деток-

фракционный эффект и позволяет снизить летальность у больных с тяжелыми формами пиелонефрита.

УДК 616.33/34—053.4—036.2

**Н. А. Черкасова, З. Х. Бжассо, В. П. Булатов, К. Е. Красноперова (Казань).
Гастроэнтерологические заболевания среди детей школьного возраста**

Проведен сплошной осмотр 4070 школьников г. Казани в возрасте от 7 до 14 лет. У 340 детей были выявлены симптомы поражения органов пищеварения. Кроме этих больных выделено 290 детей, у которых в анамнезе были отмечены факторы риска гастроэнтерологических заболеваний. У 40% обследованных отмечались гастроэнтерологические заболевания у родителей, у 63% — хронические очаги инфекции, у 36,9% — перенесенные острые желудочно-кишечные и паразитарные заболевания. Длительные нарушения режима и качества питания (большие перерывы между приемами пищи, еда всухомятку, обильные ужины и т. д.) имели место у 72% детей. Травмирующие психику ситуации в школе и дома констатированы у 15,3% обследованных. У части из них было сочетание нескольких указанных выше факторов. Все дети этой группы были охвачены диспансерным наблюдением со стороны школьного врача и обеспечены диетическим питанием в школе. С их родителями была проведена санитарно-просветительная работа по профилактике гастроэнтерологических заболеваний.

220 (64,7%) из 340 детей с признаками поражения органов пищеварения были госпитализированы для уточнения диагноза и лечения. Остальных детей обследовали и лечили амбулаторно.

Анализ возрастно-половых показателей показал, что большинство школьников (59,5%) были в возрасте от 9 до 12 лет, среди обследованных преобладали девочки (62,2%). Подавляющая часть детей (81,4%) при поступлении в больницу жаловалась на боли в животе, 60% — на тошноту, изжогу, рвоту, 20% — на раздражительность, эмоциональную неустойчивость.

При объективном обследовании были отмечены сухость кожи, тени под глазами, пониженное питание (более чем у 50% детей). При пальпации живота боли локализовались в эпигастриальной области, в правом подреберье, у 63,1% детей были положительные «пузырные» симптомы.

В больнице, кроме подробного сбора анамнеза, объективного обследования и общепринятых лабораторных исследований крови, мочи, кала, всем больным проводили фракционное желудочное зондирование по Лепорскому, 5-фракционное дуоденальное зондирование с микроскопией желчи и исследованием ее биохимического состава. У части больных были выполнены холецистография, рентгеновское исследование желудка, двенадцатиперстной кишки и по показаниям ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря.

Подробное клиническое обследование больных показало, что в структуре заболеваний первое место занимают болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (у 42,3%), причем нормальная и повышенная кислотообразующая функция желудка была у 27,2% больных, пониженная — у 15,1%.

Число детей с гастродуоденитами составляло 23,4%, с дискинезиями желчевыводящих путей — 23,8%; с холециститом — 12,1%. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки была выявлена у единичных больных, сочетанное поражение желудка, двенадцатиперстной кишки и желчного пузыря — у 4. У большинства детей были сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит, гайморит, энтеробиоз, лямблиоз, токсико-аллергическая кардиопатия.

Таким образом, хронические заболевания органов пищеварения среди школьников г. Казани довольно распространены. Группа детей с высоким риском заболевания должна быть также охвачена диспансерным наблюдением и обеспечена диетическим питанием в школе и дома.

УДК 616.995.132.8

Д. Г. Юльметьева, Е. В. Подпорина (Казань). Случай токсокароза

Токсокароз — тканевый гельминтоз зоонозной природы. Вызывается заболеванием перманентной миграцией личинок собачьих и кошачьих аскарид во внутренних органах человека и сопровождается высокой эозинофилией. Личинка паразитов не адаптируется к человеческому организму, никогда не достигает зрелой стадии, очень длительно мигрирует, попадая в различные органы и ткани с образованием в них специфических эозинофильных гранулем и васкулитов аллергической природы.

В связи со сложностью диагностики, стойкостью эозинофильного синдрома, полиморфизмом клинической картины при токсокарозе считаем необходимым привести наше наблюдение.

Б., 26 лет, поступила в пульмонологическое отделение 10.12.84 г. с жалобами на общую слабость, потливость, боли в мышцах, отсутствие аппетита, редкий сухой кашель, одышку при физической нагрузке, головокружение, зуд кожи, периодически возникающую сыпь в виде крапивницы с локализацией на коже шеи, тыльной по-