

Тенденция к замедлению пульса наблюдалась у 19 больных, у 6 частота пульса осталась прежней, а у 5 отмечалось ускорение пульса. Седативное действие препарата у больных нефритом выступает менее рельефно, чем при гипертонической болезни.

Гипотензивный эффект получен у 25 больных как острым, так и хроническим нефритом. У 2 больных с недостаточностью почек наблюдалась стабилизация цифр АД, у одной больной — парадоксальная реакция — тенденция к нарастанию гипертонии. Все же среди больных с недостаточной функцией почек у 2 удалось наблюдать гипотензивный эффект. Степень снижения цифр систолического давления у этих больных колебалась в пределах от 40 до 100 и диастолического — от 5 до 50 мм рт. ст.

Цифры креатинина крови снизились у 10 больных, у 10 остались стабильными, и у 10 с хроническим нефритом наблюдалась тенденция к повышению цифр креатинина крови в пределах от 0,5 до 0,9 мг%, что наиболее рельефно выявилось при выраженной недостаточности почек.

Увеличение клубочковой фильтрации наблюдалось у 14 больных, у 10 осталось без изменения, и у 6 наблюдалось ее снижение. Менее рельефно выявились изменения реабсорбции.

У больных хроническим нефритом с недостаточной функцией почек после резерпинотерапии наблюдалось сочетанное снижение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции при нарастании в крови креатинина.

Рассчитывать на эффективность терапии хронического нефрита при выраженных анатомических изменениях в клубочках не приходится.

Следует считать назначение препаратов раувольфии при явлениях выраженной почечной недостаточности противопоказанным.

При острых и хронических нефритах без симптомов недостаточности почек назначение препаратов раувольфии показано и дает тот же эффект, что и при гипертонической болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вовси М. С. и Ратнер М. Я. Тез. докл. I Всеросс. съезда терап., 1958. — 2. Ратнер Н. А. Там же. — 3. Рейзельман С. Д. Там же. — 4. Abrams. Lancet, 1957, 2. — 5. André a. Smith. Am. J. Med. Sci. 1955, 230. — 6. Meyer a. oth. Am. J. Med. Sci. 1955, 230.

Поступила 27 апреля 1959 г.

РОЛЬ БРОНХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ НАГНОЕНИЙ ЛЕГКИХ

Канд. мед. наук И. М. Милославский

Факультетская хирургическая клиника (директор — проф. А. З. Цейтлин) Харьковского медицинского института и Харьковского областного онкологического диспансера (главврач — Станиславская)

Если при бронхоэктатической болезни и раке легкого бронхография как метод дополнительного исследования относительно достаточно освещена в литературе, то этого нельзя сказать в отношении абсцессов легкого.

Наши клинико-бронхографические наблюдения охватывают 153 больных в возрасте от 5 до 68 лет. Из них с абсцессом легкого было 79, с бронхоэктатической болезнью — 45 и с прочими заболеваниями (эмпиема плевры, рак легкого, туберкулез легких) — 29.

Больные довольно легко переносили такое исследование. Наполнение йодолиполом производилось посредством резинового катетера (№ 14—16), введенного через нижний носовой ход в трахею и бронхи под контролем рентгеновского экрана. Мы всегда добавляли к йодолиполу пенициллин.

После бронхографии в продолжение всего времени пребывания больного в клинике велось наблюдение за характером и быстротой выделения йодолипола. Бронхография производилась у большей части больных в период их лечения и после него в различные сроки, от 1 месяца до 3,5 лет.

При легочных нагноениях мы придерживались следующих показаний к бронхографии.

В острой стадии: а) подозрение, что остро начавшийся процесс является рецидивом, обострением хронического нагноительного процесса или нагноившихся бронхоэктазов; б) отсутствие эффекта консервативного лечения острого легочного нагноения в течение 3—4 недель, когда бронхография необходима для определения анатомического и функционального состояния бронхиального дерева пораженного участка, количества и характера полостей; в) необходимость контрольной бронхографии по окончании лечения острого легочного нагноения.

В хронической стадии: а) бронхография всегда необходима, так как лишь она дает возможность обнаружить полости в толще карнифицированного участка легкого. Полости, окруженные массивным воспалительным процессом, прикрытые мощными плевральными швартами, находящиеся парамедиастинально у корня, за тенью сердца, и не обнаруживаемые обычным рентгенологическим исследованием, выявляются при бронхографии (Брюм и Романчикова, Сардыко). Бронхография в ряде случаев позволила и нам выявить истинное количество полостей, изучить их характер, наличие секвестров, как и полости с тонкой капсулой, которые легко проглядываются при обычном рентгенологическом исследовании; б) для определения распространенности процесса, его точной локализации, состояния бронхиального дерева; в) для уточнения характера и объема оперативного вмешательства; г) для определения эффективности лечения после операции и у больных, леченных консервативно, для изучения динамики процесса; д) во всех диагностически неясных случаях (бронхоэктатическая каверна, рак легкого, легочное нагноение?); е) для определения бронхопульмональных и бронхоплевральных свищей.

Противопоказания к бронхографии: общее тяжелое состояние с высокой температурой, кахексией, сердечная или легочная недостаточность в стадии декомпенсации, легочные кровотечения.

Вопрос о выявлении при абсцессе легкого полости, ее характера и отношения к дренажному бронху имеет большое практическое значение. Отсутствие полости в течении абсцесса довольно редко и отмечено нами только у 3 больных.

При изучении больных абсцессами легкого различными методами рентгенологического исследования получены следующие данные (табл. 1).

При изучении структуры полостей абсцессов, заполненных йодолиполом, можно было в ряде случаев обнаружить, что они имеют щелевидную, а иногда довольно неправильную форму.

По характеру и распространенности патологического процесса, которые удалось выявить посредством бронхографии, наши больные распределяются следующим образом:

Из 79 больных абсцессом легкого: инфильтрат без полости — у 3, одиночная полость — у 36, множественные полости в 1 доле легкого — у 35, множественные полости в нескольких долях легкого — у 4, полости в обоих легких (двусторонние) — у 1.

Таблица 1

Метод	Абсцесс легкого		Бронхоэктатическая болезнь		Итого	
	Количество больных	Из них полость выявлена у	Количество больных	Из них бронхоэктазы выявлены у	Количество больных	Из них выявлен основной патологический субстрат у
Рентгеноскопия . .	79	40	45	8	124	48 (38,7%)
Рентгенография . .	79	45	45	11	124	56 (40,5%)
Бронхография . . .	79	71	45	45	124	116 (90,3%)

Из 45 больных с бронхоэктазами: мешетчатые — у 26, смешанные — у 11, цилиндрические — у 8.

Необходимо отметить большое количество множественных полостей, обнаруженных нами посредством бронхографии, в то время как при обычном рентгенологическом исследовании они определялись редко.

Среди всех больных бронхографически множественные полости обнаружены у 40 больных: при острых абсцессах у 2 и при хронических абсцессах — у 38 из 67. Полости при множественных абсцессах чаще всего располагаются рядом друг с другом. Так, у 35 множественные полости располагались в одной доле, у 4 — распространялись по всему легкому, и только у одного было обнаружено двустороннее поражение.

Это подтверждает обоснованность и перспективность радикальных операций (резекция легких) при хронических легочных нагноениях и до некоторой степени объясняет частые неудачи при производстве пневмотомий больным хроническими легочными нагноениями.

Большое значение в изучении больного легочным нагноением имеет выявление дренажного бронха, его анатомического и функционального состояния, а также локализации по отношению к полости абсцесса, то есть листка, где он открывается: у верхнего полюса абсцесса, где условия дренирования хуже, или же у нижнего, где они значительно лучше. Удовлетворительный ответ на эти вопросы мы получали посредством бронхографии.

При острых и подострых легочных нагноениях полости абсцессов довольно часто выполняются йодолиполом (у 8 из 12). При этих формах бронхография дает возможность определить моторную функцию бронхиального дерева, а также место отхождения дренажного бронха, то есть выяснить основные моменты для выбора плана лечебных мероприятий. Наиболее рациональным лечебным мероприятием в этой стадии, при сохранении моторной функции бронхиального дерева, следует считать эндобронхиальную пенициллинотерапию. При значительном же нарушении моторной функции бронхиального дерева консервативное лечение обычно не дает стойкого лечебного результата.

При хронических неспецифических легочных нагноениях полости абсцессов обычным рентгенологическим методом исследования обнаруживаются значительно реже. Это объясняется тем, что абсцессы располагаются в толще массивных инфильтратов или в фиброзно измененной легочной ткани. Нередко развивающиеся при этом плоскостные плевральные шварты еще больше затрудняют выявление полостей абсцессов легкого.

Роль бронхографии при хронических неспецифических нагноениях легких резко возрастает и становится весьма большой. Так, рентгено-

графически выявлены полости лишь у 35 из 67 больных хроническим абсцессом легкого, а бронхографически — у 63 из 67.

Пользуясь бронхографией, мы нашли у 43 больных хроническими абсцессами легкого цилиндрические и мешетчатые бронхоэктазы.

Бронхография дает возможность определить истинные размеры полости, ее форму, заподозрить по дефектам наполнения и неровностям стенок абсцесса наличие в полости абсцессов легочных секвестров. При хронических легочных нагноениях бронхография позволяет судить о распространенности процессов и о моторной функции бронхиального дерева, что помогает предварительно наметить объем радикального оперативного вмешательства (сегментарная резекция легких, лобэктомия, пневмонэктомия). Все это совершенно не поддается учету и оценке при обычном рентгеноисследовании. При одиночных хронических абсцессах легкого, в тех случаях, когда больным показана пневмотомия, пользуясь многоосевой бронхографией, можно наиболее точно определить локализацию полости и ее отношение к грудной стенке, что значительно облегчает выбор доступа к вскрытию полости абсцесса.

При бронхоэктатической болезни бронхография в ряде случаев является основным методом, делающим диагноз достоверным. Так, рентгенографией были найдены бронхоэктазы лишь у 11 из 45 больных бронхоэктатической болезнью, а посредством бронхографии — у всех 45.

Бронхографически удается выявить характер бронхоэктазов (цилиндрические, смешанные, мешетчатые) и их распространенность, определить локализацию процесса, изучить моторную функцию бронхиального дерева, провести дифференциальную диагностику в отношении других патологических процессов в легких. Так, дифференциальную диагностику между абсцессом легкого и бронхоэктатической каверной нам удалось уточнить у 11 больных только благодаря бронхографии.

При ограниченных эмпиемах плевры или междолевых плевритах иногда затруднительно провести дифференциальную диагностику в отношении абсцессов легкого. У 2 больных мы смогли провести такой дифференциальный диагноз в результате бронхографии.

При эмпиемах плевры бронхография дает возможность уточнить и характер основного патологического процесса в легком (абсцесс или бронхоэктазы), явившегося, как это довольно часто бывает, первопричиной эмпиемы. Так, нам удалось бронхографически выявить у 5 больных бронхоэктатическую болезнь как причину развившейся эмпиемы плевры, причем у 3 из них установлен и внутренний бронхоплевральный свищ.

При отграниченных туберкулезных эмпиемах, не определяемых обычным рентгенологическим исследованием из-за массивных плевральных шварт, бронхография помогает отграничить полость эмпиемы при внутреннем бронхоплевральном свище, как это и было в одном наблюдении.

Провести дифференциальный диагноз между неспецифическим легочным нагноением и распадающимся или абсцедирующим раком легкого в ряде случаев крайне затруднительно, и в таких случаях большую помощь оказывает бронхография.

Таким образом, применение бронхографии в сочетании с другими методами исследования имеет значение не только для диагностики, но и для контроля за течением легочных нагноений и эффективностью проведенного лечения, давая возможность более правильно оценить динамику патологического процесса и результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бром Б. И., Романчикова К. П. Вестн. рентген. и радиол., 1957, 2. —
2. Кевеш Е. Л. Рентгенологическое исследование при слепых огнестрельных ранениях грудной клетки, 1948. —
3. Рейнберг С. А. Вестн. рентген. и радиол., 1924,

Поступила 29 сентября 1959 г.

О РЕТРОГРАДНЫХ ИНВАГИНАЦИЯХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В ЖЕЛУДОК ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ СОУСТЬЕ

М. И. Израилев

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. И. Л. Брегадзе) Новосибирского
медицинского института

Ретроградная инвагинация тонкого кишечника через отверстие желудочно-кишечного анастомоза является довольно редким осложнением. Она была впервые описана в зарубежной литературе Гертнером, а в 1926 г. Н. А. Львовым. За последние 33 года описано лишь двадцать таких наблюдений.

Интересным представляется тот факт, что ретроградная инвагинация кишечника в желудок встречается в преобладающем большинстве случаев в отдаленные сроки после операций на желудке, спустя 10—20 лет. Большинство авторов склонно думать, что предрасполагающим моментом для ретроградного внедрения кишечника в желудок является повышение внутрибрюшного давления, а способствующим — понижение тонуса мышц желудка. Иногда ретроградная инвагинация наступала у больных вслед за перенесенной травмой (А. З. Маневич).

Существует мнение, что ретроградная инвагинация является результатом антиперистальтики, вызванной поступлением в тощую кишку кислого желудочного содержимого. Чаше встречается это осложнение при задних гастроэнтеростомиях, реже — при таких же анастомозах после резекции желудка и еще реже — при переднем анастомозе (через брауновское соустье с последующим прохождением кишечника в желудок). Величина соустья, видимо, не имеет особого значения. Д. П. Чухриенко и Н. К. Кокovina описывают больных, у которых произошла ретроградная инвагинация тощей кишки через двенадцатиперстную в совершенно здоровый, неоперированный желудок.

Хотя ретроградная инвагинация кишечника в отверстие анастомоза желудка и имеет довольно характерную симптоматику, тем не менее правильный диагноз ставится сравнительно редко. Так, по данным М. М. Левина, на 45 случаев ретроградной инвагинации правильный диагноз был поставлен лишь у четырех больных. Т. Ф. Мартюшева пишет, что правильная диагностика ставилась только в шести процентах случаев. Надо полагать, что ошибки, допускаемые в распознавании ретроградных инвагинаций, происходят скорее всего не за счет сложности клинической картины и течения заболевания, а за счет незнакомства с такого рода заболеваниями не только врачей общего профиля, но и хирургов.

Одним из ведущих симптомов при этом страдании является геморрагическое выпотевание через слизистую ущемленной кишки. Выпот, смешиваясь с желудочным содержимым, при значительном скоплении в желудке извергается в виде кровавой рвоты цвета «кофейной гущи» либо «мясных помоев» и обычно расценивается как желудочное кровотечение. Тем самым допускается грубая, нередко роковая для больного диагностическая ошибка, поскольку она влечет за собой выжидательную тактику, приводящую, как правило, к печальным исходам. Такие наблюдения имели место и у ряда авторов (И. Г. Слободкин, Н. А. Телков, Т. Ф. Мартюшева) и у нас.

И. Б-ной П., 48 лет, поступил с диагнозом «желудочное кровотечение» через несколько часов после того, как появились боли в подложечной области, чувство тошноты, головокружение и кровавая рвота. Восемь лет тому назад был наложен задний гастроэнтероанастомоз по поводу язвы желудка. Б-ной в крайне тяжелом состоянии, без пульса. Кожа и видимые слизистые бледны. Живот втянут. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. В нижних отделах живот совершенно мягок и безболезнен, в верхних — несколько напряжен и болезнен. Симптомов раздражения брюшины нет. Диагноз: кровоточащая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Б-ному двукратно в течение первых суток произведена трансфузия крови. Введение кальция, наркотиков, сердечных состояний не улучшило, кровотечение продолжалось. На следующий день состояние оставалось предельно тяжелым и не позволяло активно вмешиваться. На третьи сутки б-ной скончалась.

На секции: инвагинация части тощей кишки внутрь отводящей петли через анастомоз в желудок с гангреной головки инвагината.

II. Б-ной Ф., 50 лет, поступил с жалобами на резкие боли в эпигастриальной области, частую рвоту, окрашенную кровью, и слабость. Заболел 5 час. тому назад. в возрасте 26 лет перенес операцию, по-видимому, по поводу язвенной болезни.