

реже — повышенная десквамация эпителия и синюшная окраска языка (у 10); понижение или отсутствие вкуса отмечено у 17 больных.

При болезнях печени среди изменений полости рта преобладает симптом желтушной окраски мягкого нёба (87,5%), реже наблюдались изменения сосочков и рагады языка, а также сухость во рту (66—59%); повышенная десквамация эпителия языка — в 50%; синюшная окраска языка, понижение его тонуса и изменения нёбного рефлекса — в 40—37,5%. Остальные симптомы встречались еще реже.

Таким образом, при язвенной болезни наиболее характерными проявлениями со стороны полости рта представляются изменения сосочков, рагады и повышенная десквамация эпителия языка, тогда как при болезнях печени — желтушный оттенок мягкого нёба и такие же изменения языка.

Что касается семиологического значения желтушного оттенка мягкого нёба, то наши наблюдения совпадают с таковыми Рапопорта, отметившего этот симптом при катаральной желтухе, холецистите и желчно-каменной болезни. Правда, нами он наблюдался и при язвенной болезни в 34%.

Приведенные наблюдения позволяют утверждать, что при отсутствии симптомов, необходимых для распознавания многих хронических желудочно-кишечных заболеваний, обнаружение в полости рта вышеуказанных дистрофических и воспалительных изменений должно служить одним из ранних указаний на заболевания органов пищеварения.

ВЫВОДЫ:

1. Расстройство функции жевания, связанное с отсутствием даже 4—5 зубов, ведет к изменениям как в секреторной, так и двигательной деятельности желудка.

2. Хроническим заболеваниям органов пищеварения довольно часто сопутствует амфодонтоз, что свидетельствует об общности патогенетических нервнодистрофических механизмов этих заболеваний.

3. В системе профилактики и лечения хронических желудочно-кишечных заболеваний стоматологические мероприятия в виде обследований, лечения и протезирования должны быть обязательными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельман С. Е. Сов. стомат., 1935, 3. — 2. Он же. Сов. стомат., 1935, 1. — 3. Пеккер Я. С. Сов. стомат., 1931, 11—12. — 4. Рапопорт. Врач. дело, 1928, 20. — 5. Торчинский Б. А. и Матвеева Т. И. Стоматология, 1937, 1.

Поступила 15 марта 1958 г.

О СУЩНОСТИ ЭНДАРТЕРИОЗА¹ И ПРИНЦИПАХ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Проф. Г. П. Зайцев

(Москва)

На протяжении 1938—1959 гг. в руководимой нами клинике находилось на лечении 1 862 больных с заболеваниями артерий нижних конеч-

¹ Широко распространенное название этого заболевания «эндартериит» не соответствует ни патогенезу, ни сущности процесса. Это — не воспалительный процесс в своем начальном развитии. Наименование «облитерирующий эндартериит» тем более неправильно, поскольку процесс облитерации бывает только в определенной стадии болезни. В ангиоспастической стадии никакой облитерации не бывает.

ностей. Наибольшее количество из них относится к эндартериозу и атеросклерозу. Эти два заболевания артериальной системы по ряду клинических признаков и течению процесса имеют много общего. Однако это разные заболевания, прежде всего по этиологии. Много различий имеется и в их клиническом и в патоморфологическом проявлениях.

Эндартериоз начинается, как правило, в молодом возрасте, от 18 до 40 лет, и продолжается многие годы, если в начальном периоде процесс не был прерван лечебными и профилактическими мероприятиями. Предвестники заболевания очень быстро перерастают в болезнь.

Этиологически заболевание связано с хроническим перенапряжением нервной системы и, прежде всего, ее центрального отдела. Патогенетически на нервную систему могут действовать самые различные раздражители внешней и внутренней среды организма. В процессе длительного наблюдения и исследования больных эндартериозом мы могли отметить следующие неблагоприятные факторы, способствующие развитию заболевания:

А. Внешние факторы:

1) курение, особенно в молодом возрасте; 2) злоупотребление спиртными напитками; 3) хроническое переутомление (физическое или умственное); 4) непрерывный длительный шум, его монотонность в быту или на производстве; 5) хронические интоксикации химическими веществами, органической и металлической пылью и др.; 6) хроническая неурегулированность питания (алиментарное истощение или перенасыщение); 7) переохлаждение, ознобление; 8) изменение климатических и атмосферных влияний, в частности хроническое действие сырости, или недостаточное пользование лучами солнца (условия северных широт); 9) перенапряжение нервной системы однократного или постоянного действия; 10) витаминное хроническое голодание.

Б. Внутренние факторы:

1) дезорганизация эндокринной деятельности, в частности изменения гормональной функции половых желез, щитовидной железы в сторону ослабления, а надпочечников — в сторону усиления; 2) нарушения секреторной функции пищеварительной системы, в частности дезорганизации секреторной (ферментативной) функции желудка, поджелудочной железы; 3) нарушение функции опорно-двигательной системы, и прежде всего мышечной, вследствие недостаточной физической закалки организма.

Любой из отмеченных факторов или совокупность нескольких из них, вызывая постоянное и длительное раздражение нервной системы, приводит к последовательному, все нарастающему по интенсивности и по ответным реакциям, изменению в сосудистой системе. Это изменение проявляется, прежде всего, в спазмах артериальной системы. Длительный и ремиттирующий характер спазмов, в первую очередь периферических артерий, приводит к гипертрофии средней (мышечной) и гиперплазии внутренней (эндотелиальной) оболочек артерий. Последующее развитие болезни при указанных изменениях в средней и внутренней оболочках непременно приводит к постепенному сужению, а затем и закрытию просвета сосуда с образованием тромба. Это, в свою очередь, приводит к облитерации сосуда как конечному необратимому процессу, вследствие организации некротического очага (без инфекции). Необходимо отметить строгую сегментарность поражения сосуда: артериальные сосуды никогда не поражаются одинаково на всем протяжении, они поражаются отдельными участками, сегментами, чаще в дистальных, реже в проксимальных отделах магистрального сосуда. Это, отчасти, стоит в связи с особенностями строения мышечной оболочки сосудов, которая представляет собой непрерывную спираль, постепенно истончающуюся от центра к периферии.

Эндартериоз, в отличие от атеросклероза, как правило, проявляется в сосудах нижних конечностей. Поражение эндартериозом других артерий (брюшной, грудной полости и др.) встречается очень редко. При эндартериозе почти никогда не бывает гипертонии как симптома болезни. При эндартериозе в некоторых редких случаях возможно одновременное поражение поверхностных вен типа «мигрирующего тромбофлебита». Применительно к поражению артерий нижних конечностей мы разделяем эндартериоз не по особым формам или видам, а только по стадиям заболевания. На этом принципе и построена наша классификация.

Эндартериоз имеет следующие стадии:

Первая стадия — ангиоспастическая.

Основные симптомы: непостоянные боли в конечностях, перемежающаяся хромота в периоды спазмов, периодическое (непостоянное) отсутствие пульса на артериях стопы, одной или двух (тыльная артерия стопы, задняя большеберцовая артерия), гипертензия икрожных мышц. Снижение осцилляций. Понижение кожной температуры периферии конечности.

Вторая стадия — тромботическая.

Основные симптомы: постоянные боли в конечностях, перемежающаяся хромота, быстрая утомляемость при ходьбе. Парестезии. Похолодание конечностей. Стойкое снижение кожной температуры конечностей. Резкое снижение осцилляций, вплоть до нуля в области стопы и нижней трети голени. Нарушение трофики эпидермальных тканей стоп. Постоянное, стойкое отсутствие пульса на артериях стопы.

Третья стадия — некротическая¹.

Все симптомы, характерные для второй стадии, и, кроме того, ярко выраженные трофические расстройства: сухость кожи, ломкость ногтей, трещины, язвы. Некротический процесс мягких тканей стопы, иногда голени.

Четвертая стадия — гангренозная.

Все симптомы, характерные для третьей стадии, и, кроме того, ясно выраженные признаки гангрены пальцев, стопы и даже голени. Стойкое отсутствие пульса на подколенной, иногда и на бедренной артериях.

Проводя клиническую аналогию между эндартериозом и атеросклерозом, условно можно представить и для атеросклероза те же 4 стадии, о которых нами сказано выше относительно эндартериоза. Однако при атеросклерозе имеются и значительные следующие отличия. Клиническое проявление атеросклероза конечностей как болезни чаще обнаруживается в пожилом возрасте, от 50 лет и старше. Болевой симптом как ведущий при болезнях сосудов при атеросклерозе появляется постепенно, медленно. В отличие от эндартериоза, предвестники поражения сосудов при атеросклерозе отмечаются на протяжении нескольких лет. При исследовании сосудов конечностей пальпацией при атеросклерозе ясно обнаруживаются уплотнение, склероз их. Если при эндартериозе уже в первой стадии можно бывает отметить потерю или резкое ослабление периферического пульса на стопе, то при атеросклерозе, нередко даже во второй стадии болезни, пульс на этих артериях, или по крайней мере на одной из них, определяется. При стойком отсутствии пульса даже на бедренной артерии, то есть при облитерирующем тромбе в магистральном сосуде, на стопе нет еще никаких некротических очагов. Это указывает на длительность и постепенность развития заболевания, что, в свою очередь, приводит к компенсаторным приспособлениям сосудистой системы за счет использования мелких сосудов, в том числе и богатой сети капилляров.

При атеросклерозе почти всегда отмечается гипертония. Функциональное исследование сосудов конечностей методом осциллографии при атеросклерозе указывает на более резко выраженную картину потери осцилляций на всех уровнях. Кожная температура при атеросклерозе снижена более стойко, чем при эндартериозе в соответствующих стадиях болезни. Капилляроскопия при атеросклерозе отмечает мелкопетлистое, с утолщениями строение капилляров. При атеросклерозе всегда легко обнаружить склероз в различных артериях тела, что особенно важно при дифференциации этого заболевания в молодом возрасте (30—40 лет). Подобное положение не встречается при чистой форме эндартериоза. При атеросклерозе никогда не бывает «мигрирующей» формы тромбофлебита. Тромбофлебит как сопутствующее заболевание при атеросклерозе возможен, но он возникает как обычное осложнение в венозной (поверхностной или глубокой) системе на почве расширения вен или инфекционного процесса, местного (в области конечностей) или общего, с источником воспаления в любой части тела.

В 1938—1948 гг. мы пользовались при лечении больных эндартериозами и атеросклерозом преимущественно оперативными методами.

Сюда относились: а) операции на сосудах в виде перевязки и пересечения бедренной или наружной подвздошной вен; периаартериальной симпатэктомии по Леришу или Разумовскому (алкоголизация адвентиции бедренной артерии); наложение анастомоза конец в конец аппаратом Гудова между бедренными артерией и веной; б) операции на симпатической нервной системе (типа Дизца); в) операции на надпочечнике (удаление одного из них) или денервация области надпочечника по способу П. И. Сливь; г) ампутации, экзартикуляции. Конечно, в этот период мы пользовались и рядом консервативных, терапевтических методов воздействия.

Учитывая, что важным симптомом при эндартериозе и атеросклерозе конечностей, который необходимо преодолеть или, по крайней мере, ослабить, является боль, все применявшиеся методы и средства лечения в большей или меньшей степени могли быть полезными. Однако наступавшее облегчение или ремиссии у больных были столь кратковременны, что полного удовлетворения эти методы не давали.

В 1949—1950 гг. мы перешли на преимущественное применение тканевой терапии по В. П. Филатову. Одновременно все консервативные

¹ Эту стадию, охватывающую по существу дистрофические симптомы, целесообразно было бы назвать дистрофической.— *Ред.*

методы сохраняли свое место, а оперативные методы с этого периода, кроме ампутаций в необходимых случаях, были прекращены. У значительного числа больных тканевая терапия давала успех, иногда даже длительный, но у ряда больных эффекта не было. Сохранив и до настоящего времени в нашей клинике этот метод лечения среди других терапевтических средств, мы в 1951—54 гг. перешли на комплексное лечение больных с введением новых, более активных методов и применением охранительно-лечебных воздействий. Наиболее эффективными методами и средствами для этого оказались:

1. Ректальное введение (30 мл) чистого спирта, разведенного в 100 мл 5% раствора глюкозы или в таком же количестве физиологического раствора (после очистительной клизмы).

2. Ректальное введение капельным способом смеси С. И. Спасокукоцкого (500 мл теплого, свежесквашенного молока, два сырых яйца, 50,0 сливочного масла, 50,0 сахара и 50 мл чистого спирта).

3. Внутривенное введение раствора новокаина в количестве от 25 до 100 мл 0,25% раствора или от 25 до 50 мл 0,5% раствора. Эти количества вводятся на протяжении 10—15 мин. Введение минимума или максимума этих растворов зависит от общего состояния больного и его реакции в первые же минуты введения. Жалобы на сердцебиение, озноб, иногда судороги должны считаться сигналом для прекращения введения раствора.

4. Внутривенное введение в течение 10—15 мин смеси веществ по следующей прописи: чистый спирт — 30 мл, новокаин 0,5, 5% раствор глюкозы 100 мл.

Применение описанных методов принесло нам в течение последних лет полное удовлетворение, особенно у больных эндартериозом во всех его стадиях. Эффект был связан с воздействием на центральную нервную систему и ангиорецепторы. Результат почти всегда один и тот же: больные засыпают, поскольку снимается болевой симптом. Спокойный сон у большинства продолжается длительное время, от одного до 2—3 часов. Закрепив успех лечения этим способом в течение нескольких дней повторением одних и тех же манипуляций, в одно и то же время и одним и тем же лицом, мы легко вырабатывали у больных условный рефлекс, вводя им тем же путем жидкости без спирта или новокаина. Эффект был одинаковым. Больные засыпали. Разорвав цепь болевого раздражения из очага поражения в центральную нервную систему, мы быстро достигали длительной, стойкой ремиссии.

В комплексе наших мероприятий, наряду с описанными средствами, мы пользовались следующими способами: а) физиотерапевтическими воздействиями в виде токов ультравысокой частоты (УВЧ), диатермического тока, комбинированного тока коротких волн с диатермией (КВ-диатермия), радоновых ванн; б) новокаиновой блокадой (поясничной или футлярной) по А. В. Вишневскому; в) тканевой терапией по В. П. Филатову; г) при трофических язвах местно обычно применялись мазевые или эмульсионные повязки, иногда с болеутоляющими веществами (новокаиновая 2—5% мазь, синтомициновая или норсульфазоловая эмульсия); д) назначались витамины; е) внутрь препараты брома; ж) у некоторых больных применялась лечебная гимнастика.

При сосудистых заболеваниях, особенно с ярко выраженным болевым симптомом, не только не показаны, но прямо вредны сильные наркотические вещества: морфин, гексенал, барбитал, амитал-натрий и другие. Помимо привыкания к этим сильно действующим веществам, у больных с сосудистыми заболеваниями при применении их возникает дополнительная интоксикация и усиливаются боли после пробуждения, а в отдельных случаях нами были отмечены даже психические расстрой-

Периоды	Виды сосудистых заболеваний конечностей	Общее количество больных	Умерло	Ампутации, экзартикуляции			
				бедр	голен	стоны	пальцев
1938—48 гг.	а) Эндартериозы	85	10	29	2	1	14
	б) Атеросклеротическое поражение	93	20	76	9	—	14
1949—50 гг.	а) Эндартериозы	74	—	6	4	—	2
	б) Атеросклеротическое поражение	57	5	10	4	—	4
	в) Болезнь Рейно	3	—	—	—	—	—
	г) Эмболическая гангрена	7	1	3	—	—	—
1951—53 гг.	а) Эндартериозы	178	—	1	14	—	13
	б) Атеросклеротическое поражение	287	64	54	10	—	18
	в) Болезнь Рейно	16	—	—	—	—	4
	г) Эмболическая гангрена	10	5	7	3	—	—
1954—59 гг.	а) Эндартериозы	310	—	12	16	5	32
	б) Атеросклероз конечностей	708	144	194	12	5	5
	в) Болезнь Рейно	10	—	—	1	—	5
	г) Эмболическая гангрена	19	7	14	—	—	—
Всего за 22 года		1862	256	406	75	11	111

ства, потребовавшие помещения больных в специальные лечебные учреждения.

В 1954—59 гг. мы ввели в комплексы терапевтических мероприятий при энтертериозе и частично при атеросклерозе новые медикаментозные средства общего воздействия на центральную нервную систему и, прежде всего, на ее вегетативный отдел. Сюда вошли средства спазмолитического свойства, нейроплегии и ганглиолитики. У ряда больных значительный эффект оказывают эндокринные препараты, витамины, пчелиный и змеиный яды. В последние годы в общем комплексе лечебных методов и средств мы с успехом применили перевязку нижней полой вены, получив улучшение кровоснабжения конечностей.

В заключение, представляю общие данные о лечении больных в нашей клинике за 1938—59 гг. по вышеобозначенным периодам (см. таблицу на стр. 34).

Поступила 23 ноября 1959 г.

МОДИФИКАЦИЯ ЧРЕЗБРЮШИННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОПУЩЕНИЯ ПОЧКИ

Засл. врач РСФСР Р. Б. Ахмедзянов

Из Куйбышевского областного госпиталя инвалидов Отечественной войны (нач. медчасти — В. П. Шершова) и кафедры госпитальной хирургии (зав.—проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института

В последние годы в нашей стране нефропексия производится очень редко, в то время как за границей она составляет 3—4% всех органосохраняющих почечных операций (Кребс).

Неудачные исходы после нефропексии зависят от неправильной оценки показаний к этой операции и недооценки роли мышц брюшного пресса в послеоперационном периоде.

О применении лечебной гимнастики после фиксации опущенной почки указаний в литературе мы не встретили, что является серьезным пробелом; в комплексе методов лечения больных опущенной почкой лечебной гимнастике нами уделяется особое внимание.

При самом сдержанном отношении к нефропексии мы в некоторых случаях все же решались на эту операцию и в результате многолетних наблюдений убедились в том, что для некоторых больных она является единственной реальной мерой избавления от мучительного недуга.

На основании литературных данных и собственного опыта мы пришли к заключению, что чрезбрюшинная нефропексия имеет ряд преимуществ перед поясничной. Известно, что опущение почки часто сопровождается хроническим аппендицитом, холециститом (И. И. Греков, А. В. Вишневский, Ю. А. Ратнер, С. М. Алексеев, В. С. Бернштейн и Н. Х. Ситдыков и др.). Нередко бывают сращения почки с соседними органами, и поэтому иногда нефропексию приходится дополнять аппендэктомией, холецистэктомией, разделением сращений. И. И. Греков и А. В. Вишневский даже предложили методики одномоментных чрезбрюшинных операций для фиксации почки и аппендэктомии. Именно поэтому операция при чрезбрюшинном доступе может быть выполнена более полноценно, чем при поясничном. Наиболее рациональным операционным доступом является поперечный разрез (И. Ф. Амбросовский, Шультхайз и др.), сочетающий два основных условия — малую травматичность и наибольшую доступность (Созон-Ярошевич, А. М. Соколов). В этом смысле наиболее отвечает вышеуказанным условиям способ Ф. Ю. Розе, представляющий собой чрезбрюшинную модификацию фасциопластики по Клаппу и Клейберу, который выполнялся поясничным доступом.

Мы видоизменили способ Ф. Ю. Розе для устранения его недостатков, увеличения прочности фиксации почки и проводим операцию следующим образом¹.

После предварительной паранефральной новокаиновой блокады по Вишневскому больной укладывается в обычном положении на спине на валике, подложенном под поясничную область. Под местной инфильтрационной анестезией поперечным разрезом на 3—4 см выше уровня пупка послойно вскрывается брюшная полость от средней подмышечной до белой линии живота. В ране обычно предлежит печеночный

¹ Учитывая, что правосторонний нефроптоз бывает в 9—10 раз чаще левостороннего, мы для краткости описываем технику фиксации правой почки.