



Рис. 1. 1 — место сосудистого шва; 2 — надпочечная вена; 3 — почечная вена; 4 — внутренняя семенная вена; 5 — поясничные вены; 6 — общая подвздошная вена.

При травмах или резекциях ствола нижней полой вены выше почечных вен и невозможности наложения кругового сосудистого шва стягиванием концов дефекта нами предлагается его аутопластика методом перемещения (рис. 1).

Дистальный конец дефекта нижней полой вены перевязывается, а на проксимальный накладывается сосудистый зажим. Далее, после предварительного лигирования надбифуркацией, нижняя полая вена рассекается, переворачивается вперед и сшивается с проксимальным концом дефекта вены. При этом все вены, впадающие в нижнюю полую вену ниже почечных вен (поясничные, правая внутренняя семенная), перевязываются и пересекаются. Отток крови из нижней конечности и органов малого таза теперь будет осуществляться по анастомозам, что, как правило, не ведет к резким нарушениям.

По этой методике проведены опыты на собаках. Со стороны мочи изменений, наблюдаемых после лигирования вены, не обнаружено.

Данную методику аутопластики нижней полой вены выше почечных вен мы и предлагаем клиницистам.

Поступила 7 октября 1961 г.

## К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛИТОВ

*И. Т. Мальцев, А. В. Плешакова, Ф. И. Шалагинова и Н. А. Гайдамак*

Омская железнодорожная клиническая больница  
(начальник — С. Ф. Мельник, научный консультант — действительный  
член АМН СССР проф. А. Ф. Билибин)

Среди заболеваний органов пищеварения хронические колиты различной этиологии встречаются наиболее часто.

Мы считаем, что каждый больной дизентерией потенциально болен колитом, а каждый больной колитом — потенциально болен дизентерией. Колит является не только прекрасным фоном для хронического дизентерийного процесса, но и условием рецидивов, супер- и реинфекции. Е. Б. Выгоднер, З. М. Андреева, М. Г. Каштанова показали, что даже в тех случаях, когда ни клиника, ни анамнез и вся медицинская документация не давали основания предполагать хроническую дизентерию, тем не менее она оказывалась этиологическим фактором у 92% больных, присланных к ним на лечение по поводу хронических колитов.

Не ставя знака равенства между всеми колитами и дизентерией, мы все же пришли к убеждению, что полное излечение хронической дизентерии без излечения хронического колита практически невозможно. Отсюда вытекает вся значимость диагностики и лечения хронических колитов как одного из обязательных условий для излечения и профилактики дизентерии.

Всеми признается, что хроническая дизентерия есть результат нераспознанной, нелеченной или плохо леченной острой дизентерии. Мы считаем основными причинами широкого распространения хронической дизентерии и колитов следующие обстоятельства:

1. Сложность системы медицинского обслуживания заболевшего дизентерией.
2. Широкое распространение среди заболевших дизентерией самоврачевания.
3. Малое знакомство врачей общей лечебной сети с особенностями клиники хронической дизентерии в связи с широким применением антибиотиков и сульфаниламидов.
4. Увлечение общим и недооценка местного лечения больных хроническим колитом.
5. Ошибки в распознавании из-за того, что многие врачи обосновывают диагностику хронической дизентерии только высеваемостью бактерий, не учитывая, что такая тенденция не только ошибочна, но и эпидемиологически не безопасна, так как «теперь даже острая дизентерия,— пишет А. Ф. Билибин,— протекает латентно и бактериологически не подтверждается в 75% случаев».

Редкость диагноза «колит» объясняется еще и тем, что большинство врачей общей лечебной сети не имеет надежного диагностического метода распознавания хронического колита.

Нами предложен для распознавания колитов весьма простой, доступный в любой обстановке диагностический прием, названный нами «симптомом поворота».

Суть его состоит в том, что при положении больного на спине с несколько согнутыми в коленях ногами при левостороннем колите пальпация подвздошной области по наружному краю левой прямой мышцы живота вызывает болезненность, особенно на уровне пупка, соответственно селезеночному изгибу. Под пальцами ощущается оплотневшая, болезненная кишка.

При повороте больного на правый бок пальпация той же топографической области в строго сагиттальном направлении пальцев к оси тела больного, как правило, не вызывает болезненности и ощущения оплотневшей болезненной кишки. Симптом считается положительным, если болезненность в первоначальной точке при перемене положения исчезает. Этот симптом отрицательный лишь при мощных перипроцессах, препятствующих кишечнику сместиться медиально.

Наш симптом указывает лишь на наличие или отсутствие колита, но не на его этиологию. При перемене положения, конечно, спазма кишки не исчезает, а лишь смещается медиально, сама пораженная кишка под руку пальпирующего не попадает, с чем и связано исчезновение болезненности.

Именно этот прием позволил нам диагностировать хронический колит, когда он длительно расценивался как другое заболевание.

На фоне антибиотической общеукрепляющей, ферменто- и витаминотерапии все наши больные обязательно получали местное лечение, которое нами проводилось по 4 вариантам, или, как мы их называем, комплексам.

Учитывая высокую чувствительность баро- и механорецепторов прямой кишки, установленную плетизмографическими исследованиями (Е. А. Беюл), а также постоянный мощный поток патологических интэрорецептивных рефлексов на многие органы с пораженной воспалительным процессом прямой кишки (А. Ф. Билибин, П. И. Сахаров, Н. В. Воротынцева, С. С. Полтырев, А. Г. Гукосян, Г. А. Смагин, М. И. Брусанов, В. Г. Хлыстов), местное лечение нами начиналось с обязательного интэрректального введения новокаина с расчетом на его анестезирующее и частично — резорбтивное действие. Считаем, что это создает благоприятные условия для применения других лекарств в наших комплексах.

**Методика.** Лекарства вводятся в ректум после очистительной клизмы в теплом виде через ректоскоп или резиновый катетер. Больной при введении смеси находится в колено-локтевом положении. Все лекарства вводятся шприцем Жане. Важно, чтобы в шприце было 50—100 мл воздуха, который вслед за вводимой лекарственной смесью выталкивается из шприца в кишечник. Это гарантирует полноту и более глубокое введение лекарства, расправляет складки слизистой и тем самым способствует равномерному распределению лечебной смеси по всей стенке кишки.

Таблица комплексов лекарств в микроклизмах

№ п/п	Что вводится и в какой дозе	Пути введения	Сколько дней вводится	К-во дней отдыха
1	Новокаин 0,5% — 100 мл . . . . .	интравек- тально	5	3
	Бальзам Шостаковского 40 мл + синтомицин 1,5 . . . . .		5	—
2	Новокаин 0,5% — 80 мл + фураци- лин 0,2% — 50 мл . . . . .	»	5	3
	Бактериофаг 30 мл. Левомице- тин — 1,5 . . . . .		5	3
	Бальзам Шостаковского 40 мл + биомицин 0,4 . . . . .		5	—
3	Новокаин 0,5% — 80 мл + фураци- лин 0,2% — 50 мл . . . . .	»	5	3
	Бальзам Шостаковского 40 мл + синтомицин 1,5 . . . . .		5	—
	АКТГ или кортикостеронды . . . . .		внутри или внутри- мышечно	
4	Новокаин 0,5% — 100 мл + экмо- лин 10—15 мл . . . . .	интравек- тально	5	3
	Стрептомицин 0,5 2 раза в день . .		5	3
	Имуноген по 2 таблетки 1 раз в день . . . . .	»	5	—
	Бальзам Шостаковского 40 мл + бактериофаг — 20 мл . . . . .	»	5	—

АКТГ вводим внутримышечно по 15—20 ед. 2 раза в день. Суммарная доза — 600—700 ед. Кортизон даем по обычной схеме. Общая доза — 1—1,5. Преднизон — суточная доза 15—20 мг. Суммарная — 200—300 мг. Фурацилин растворяется в нагретом физрастворе.

Под нашим наблюдением было 653 больных, леченных в стационарах и кабинетах кишечных инфекций в гг. Омске, Петропавловске и Барабинске.

Начинали и заканчивали лечение в стационаре 318 и кабинетах кишечных инфекций 335 больных.

Несмотря на широкое освещение в литературе вопроса об изменении функции многих внутренних органов при заболевании толстого кишечника (С. С. Полтырев, Г. Д. Арнаут, Л. Б. Берлин, А. Ф. Билибин, В. Н. Смотров, М. П. Кончаловский, П. И. Шилов, А. Г. Гукосян, В. Г. Хлыстов, В. Д. Лунев и др.), все же практические врачи с этим фактом знакомы недостаточно и часто годами безуспешно лечат больных, страдающих хроническим колитом, не от основного заболевания. Из наших больных колитом не по основному заболеванию до года лечилось 38, до 3 лет—105 и свыше трех лет—174, не лечилось 40. После лечения основного страдания у 326 больных исчезли синдромы, маскирующие колит.

Из 653 больных только у 462 (70,7%) была типичность клинических признаков хронического колита или хронической дизентерии. У 191 больного (29,3%) эти заболевания протекали атипично. В анамнезе дизентерия была у 363 больных (56%). Клиническая картина соответствовала ректороманоскопическим изменениям лишь в немногим более половины случаев. Чаще имели место большие нарушения функций.

чем анатомические изменения в кишечнике, особенно при сегментарных колитах.

У 357 (в 54,5%) хронический колит протекал под видом других заболеваний, причем это настолько доминировало во всей клинической картине, что служило поводом к ошибочной диагностике и длительному безэффективному лечению.

Из этих больных расценивались как страдающие неврастенией 87 (24,3%), гастритом — 86 (24,2%), холециститом — 68 (19,3%), стенокардией — 47 (13%) и другими заболеваниями — 69 (13,3%).

Многие больные настолько глубоко верили в эти диагнозы, что нам с большим трудом приходилось их убеждать в том, что это лишь следствия, а не причина. Такое же недоверие мы нередко встречали и со стороны ряда врачей. Лишь положительный эффект от лечения колита убеждал тех и других в правильности нашего диагноза. Следует отметить что у многих из этих больных были высеяны дизентерийные палочки.

У всех этих больных диагнозы «хронический колит» был поставлен на основании предложенного нами положительного пальпаторного приема. Именно у таких больных этот симптом имеет важное диагностическое значение. Среди других наших больных данный симптом был положительным в 80%. У 491 больного нами проведено наблюдение за динамикой желудочной секреции до лечения и в конце лечения хронического колита.

Характер желудочной секреции	До лечения	После лечения	Разница
Нормацититас . . . . .	196	349	+153
Гиперацититас . . . . .	117	38	- 79
Гипо- и ацидитас . . . . .	178	104	-74

Отклонение желудочной секреции от нормы нами отмечено у 60% больных.

Наши наблюдения подтверждают справедливость выводов Л. Б. Берлина, В. Н. Смотровой, Фарау, М. П. Кончаловского, П. И. Шиловой, В. Д. Лунева о частом поражении желудка при хронических колитах.

Примером кардиалгического синдрома при хроническом колите может быть б-ная А., 42 лет. В 1954 г. перенесла острую дизентерию. Лечилась сульфаниламидами. С 1957 г. начали беспокоить резкие приступообразные боли в животе без определенной локализации. По этому поводу неоднократно поступала в больницу с заворотом кишечника или холециститом, но эти диагнозы не подтверждались. Несколько раз лечилась в больницах, на курортах и постоянно амбулаторно, но без улучшения.

С 1958 г. стали часто беспокоить боли в области сердца с иррадиацией в левую руку и ее онемением. Неоднократно доставлялась в больницу с диагнозами «инфаркт миокарда» или «стенокардия», однако эти диагнозы не подтверждались. Лечение в стационарах не уменьшало болей в области сердца. Резко похудела, исчез аппетит, стали появляться галлюцинации, в связи с чем лечилась в психодиспансере. Переведена на инвалидность. Была нетрудоспособной по шесть месяцев в году.

С помощью нашего пальпаторного приема был заподозрен, а бактериологически и ректоскопически подтвержден хронический панколит дизентерийной природы.

Проведено общее и местное лечение по III комплексу (кортизона — 2,0 с промехутками в 3 месяца). После лечения больная чувствует себя хорошо, боли в области сердца исчезли, прибавила в весе на 10 кг, настроение стало хорошим, работает.

Примером, когда колит был расценен как неврастения, может быть б-ная Ю., 33 лет, которую много лет беспокоили боли в животе, неустойчивый стул, тошнота, раздражительность, немотивированная плаксивость. Лечилась все время у невропатологов. Нами диагностирована хроническая дизентерия (выделена палочка Флекснера). Проведено лечение по III комплексу с АКТГ (750 ед.). Выписана в хорошем состоянии, прибавила в весе на 4 кг. Работает, ни на что не жалуется.

Отмечается закономерность, что чем длительнее существует нелееченный колит, тем доминантнее в клинической картине выступает вызванное им сопутствующее заболевание, которое и маскирует клинику колита.

Не ставя перед собой задачу описания клиники хронических колитов, хотели бы указать на частоту некоторых симптомов при этом заболевании по нашим наблюдениям.

Жалобы больных и пальпаторные симптомы	Количество больных	Процент к общему числу больных
Неустойчивый стул . . . . .	516	79
Метеоризм . . . . .	470	72
Боли в животе . . . . .	463	71
Полнога в животе при малом количестве съеденной пищи . . . . .	379	58
Тошнота . . . . .	130	20
Сниженный аппетит . . . . .	75	13
Субфебрилитет . . . . .	19	2,5
Ускоренная РОЭ . . . . .	13	2,0
Симптом „поворота“ . . . . .	522	80
„скольжения“ . . . . .	202	31
„тракции“ . . . . .	98	15

*Примечание.* Симптом «скольжения» — болезненность при скользящей пальпации, мезогастрия (при трансверзитах всегда положительна).

Симптом «тракции» — болезненность при оттягивании стенки живота обеими руками вниз, а если это же делать кверху — болезненности нет (при трансверзитах).

Следует отметить, что 242 (37%) наших больных имели сопутствующие заболевания в виде кардиосклероза, гипертонической болезни, эмфиземы легких, хронического бронхита, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы, холецистита, гипертиреоза и т. д. Излечение хронического колита в большинстве случаев благоприятно влияло на течение некоторых сопутствующих заболеваний. Сопутствующие заболевания снижали эффективность лечения колита.

Бактерии дизентерии найдены у 57 больных (в 8,7%). При лечении мицерином высеваемость повышалась более, чем в два раза.

Из общего числа лечились биомицином 330 больных, получая по 300 000 ед. 3 раза в день — 5 дней, мицерином — 77 по 200 000 ед. 2 раза в день — 7 дней; стрептомицином внутрь — 76 по 500 000 ед. 2 раза в день 5—7 дней, левомицетином — 63 по 0,5 3 раза в день; синтомицином — 58 по 1,0 3 раза в день. Получали по два антибиотика 46 больных. Иммуноген получали 159 и вакцину — 46 человек.

При лечении мицерином у некоторых больных отмечены побочные явления в виде плохого самочувствия, усиления болей в животе, поноса, тошноты, повышения температуры, слизи со стулом. Они самостоятельно исчезали через 2—3 дня после отмены мицерины.

Местное лечение проводилось всем больным: I комплексом — 164, II — 33, III — 422 и IV — 34.

При ректальном введении бальзама Шостаковского у 11 больных боли в животе значительно усилились. Прием внутрь стрептомицина хорошо снимал эти боли.

У 21 больного (3,2%) мы не добились улучшения состояния здоровья. У 176 (27%) больных отмечен удовлетворительный результат, хороший — у 401 (61,4%), отличный — у 55 (8,4%).

Среди больных, у которых мы не получили эффекта, абсолютное большинство страдали флексуритом или трансверзитом.

Из 463 больных боли в животе исчезли у 218 до 5 дней, у 99 — до 10 и у 43 позже 10; у 103 полностью не исчезли. У 8 больных были резкие боли в заднем проходе («симптом гвоздя») и прекратились после лечения. У 3 больных до лечения наблюдались обмороки во время дефекации, полностью исчезнувшие после лечения.

Из 516 человек с неустойчивым стулом у 325 стул нормализовался к пятому дню, у 71 — к десятому и у 102 — к 15 дню лечения, у 18 стул не нормализовался. Метеоризм к концу лечения исчез у 329 больных из 470.

«Тканевое» выздоровление отстает от клинического. Стойкое клиническое выздоровление к концу лечения наступило у 456 больных (в 70%), «тканевое» — лишь у 228 (в 34,9%).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин А. Ф., Сахаров П. И., Воротынцева Н. В. Лечение дизентерии, 1959. — 2. Билибин А. Ф. Сов. мед., 1960, 5. — 3. Берлин Л. Б. Хронические колиты, 1951. — 4. Бейул Б. А. Тер. арх., 1958, 10. — 5. Берштейн Ю. А., Серебренникова В. И., Пономарева Г. Е. Сов. мед. 1960, 12. — 6. Выгоднер Е. Б., Андреева З. М., Каштанова М. Г. Клин. мед., 1960, 12. — 7. Выдачкария М. К., Калинина Р. В. Сов. мед., 1957, 1. — 8. Гукосян А. Г. Запоры и их лечение, 1959. — 9. Гукосян А. Г. Клин. мед., 1959, 6. — 10. Карнаухов В. К. Сов. мед., 1960, 7. — 11. Лунев В. Д. Клин. мед., 1959, 2. — 12. Леви́сон В. И., Волгарев М. Н., Рахлин Н. Т. Клин. мед., 1958, 2. — 13. Мацневский В. А., Борзых П. А. Сов. мед., 1957, 11. — 14. Полтырев С. С. О рефлексорных нарушениях функции внутренних органов, 1955. — 15. Петров М. Н., Миронов Г. С. Сов. мед., 1960, 4. — 16. Русецкий И. И. Клин. мед., 1959, 9. — 17. Смотров В. И. Хронические колиты, 1934. — 18. Смагин Г. А., Брусанов И. И. Клин. мед., 1960, 4. — 19. Серебренникова В. И., Пономарева Г. Е., Починок П. Я., Зарицкий А. М. Сов. мед., 1960, 2. — 20. Тацери́кова Т. А. Клин. мед., 1959, 1. — 21. Титов Н. Б. Сов. мед., 1957, 12. — 22. Шилов П. И. Тер. арх., 1960, 12. — 23. Шилов П. И., Фишзон-Рысс. Клин. мед., 1960, 8. — 24. Шур М. С. Сов. мед., 1957, 11. — 25. Халилов А. Г. Клин. мед., 1960, 8. — 26. Хохлов А. А. Сов. мед., 1960, 9. — 27. Ярцева А. М. Клин. мед., 1957, 12.

Поступила 6 августа 1961 г.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТОВ

*С. Л. Эрез, А. Г. Рыклина, А. С. Бондарев*

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. С. Л. Эрез) Донецкого медицинского института и областная больница им. М. И. Калинина (главврач — Б. А. Шпаренко)

Неспецифический язвенный колит как тяжелое общее заболевание организма привлекает внимание клиницистов.

Из многочисленных теорий об этиологии и патогенезе неспецифических язвенных колитов особенно распространены кортико-висцеральная и аллергическая.

Исходя из общности центральных регуляторных механизмов гастроудоденальной зоны и зоны толстой кишки, И. Ф. Лорие (1957) высказывает мысль об общности генеза неспецифических язвенных колитов и язвенной болезни желудка.

В последние годы получила новое толкование аллергическая теория неспецифических язвенных колитов. Многие клиницисты рассматривают их как разновидность системных васкулитов на почве изменений реактивности организма и относят их к коллагенозам (Левине, Кирснер, Клотц, 1951; Текстер, 1957). С этой точки зрения особый интерес представляют описания сочетанного течения неспецифических язвенных колитов с другими коллагенозами. Кели и Логан (1956) описали сочетание неспецифического язвенного колита с узелковой эритемой, Броун, Шайри, Хесрик (1956), а позднее Карнаухов (1959) — с ревматоидным артритом.

Практические врачи мало знакомы с клиникой неспецифического язвенного колита. Больные, страдающие этим заболеванием, нередко длительно находятся в инфекционных стационарах с диагнозом дизентерия, а в конечных стадиях заболевания в крайне тяжелом состоянии поступают в хирургические отделения для оперативного лечения. Между тем изучение клиники этого заболевания может способствовать ранней его диагностике, а также более рациональной терапии.