

ная травма ЦНС), кишечная инфекция неясной этиологии. При введении вакцины АКДС в группах в основном превалировала клиника простудных заболеваний со склонностью к рецидивирующему течению у детей с тимомегалией. Кроме того, у детей с большой вилочковой железой возникали различные аллергические реакции типа папулезной сыпи или тяжелой патологии по варианту злокачественного миокардита Абрамова—Фидлера—Стеффена.

После противокоревой прививки заболеваемость развивалась реже, вместе с тем во 2-й группе она была заметно выше, чем в 1-й. Повышалась заболеваемость после вакцинации против оспы, особенно у детей 2-й группы (ОРВИ, отит, конъюнктивит, в единичных случаях гнойный отит, панариций).

Весьма важным обстоятельством в оценке реакции макроорганизма на прививку является учет динамики массы тела. У большинства детей сравниваемых групп отмечена положительная динамика. Однако во 2-й группе выделялись, как исключение, единичные случаи дефицита массы тела после прививки и закрепление в последующем гипотрофии. Подобная реакция у одного ребенка наблюдалась при вакцинации против полиомиелита, у другого — при введении вакцины АКДС. По-видимому, эту своеобразную ситуацию нужно расценить как состояние пролонгированной стрессорной реакции организма детей из группы повышенного риска.

Следовательно, у детей раннего возраста при проведении профилактических прививок отмечается склонность к простудным заболеваниям, что отражает своеобразие развивающегося, незрелого организма с присущей ему дисфункцией растущих органов и систем. Однако у детей с тимомегалией частота осложнений была большей (в 1-й гр. — 23,9%, во 2-й — 47,05%). Проявлялись и другие варианты дисфункций (острый гематогенный остеомиелит верхней челюсти, гнойный мастит). Если учесть, что организму детей с гиперплазией тимуса свойственно состояние вегетодистонии, то становится ясной большая возможность реализации дисфункций систем и развития на этом фоне разнообразных аллергических реакций. В то же время данные анамнеза прививок в группе детей с тимомегалией ни в одном случае не выявили необычных характеристик, свойственных первичному (врожденному) иммунодефициту.

Приведенный материал свидетельствует о настоятельной необходимости своевременной санации организма детей с синдромом тимомегалии при отягощенном анамнезе развития и комплексного подхода к подготовке и проведению вакцинации.

УДК 616.36—002.14—08

Т. В. Жернакова, А. Н. Ныrkova (Ленинград). Компламин как патогенетическое средство в терапии больных вирусным гепатитом

Мы включили в комплексную терапию больных сывороточным гепатитом югославский лекарственный препарат компламин, который представляет собой соль никотиновой кислоты и ксантинового основания.

Под нашим наблюдением находилось 148 больных сывороточным гепатитом (142 чел. женского и 6 мужского пола в возрасте от 15 до 69 лет, в основном от 20 до 40 лет). У 28 из них гепатит протекал в тяжелой форме, у 102 — в среднетяжелой и у 18 — в легкой. Австралийский антиген был обнаружен у 40 человек. Часть больных получала компламин (1-я группа), другая часть — лишь общепринятую терапию (2-я группа). По тяжести течения болезни больные обеих групп распределялись равномерно.

Все больные с тяжелым течением гепатита получали глюкокортикоиды. Обследование больных проводили в период разгара желтухи, спада желтухи и в период реконвалесценции. Компламин назначали по схеме парентерально и перорально. С первых дней поступления в стационар больные получали компламин внутривенно капельно или внутримышечно медленно в дозе от 300 до 600 мг в течение 10 дней. С 5-го дня лечения парентеральное введение компламина дополнялось приемом таблеток (150 мг на прием после еды 3 раза в день). С 11-го дня лечения препарат назначали только в таблетках — по две 3 раза в день, суточная доза 900 мг, в течение 10—16 дней, а затем дозировка компламина постепенно уменьшалась до 300 мг в сутки. Эту дозу больные получали до выписки из стационара. Прием и введение компламина могут сопровождаться побочными явлениями в виде нерезко выраженного кожного зуда, красноты и ощущения жжения, которые исчезают через 10—15 мин после появления. У наблюдавшихся нами больных выраженных побочных реакций не было. При включении компламина в комплексную терапию больных гепатитом улучшалось их общее состояние: нормализовался сон, появлялся аппетит. Продолжительность интоксикации у больных, получавших компламин, при тяжелой форме гепатита была $13,6 \pm 1,3$ дня, а в контрольной группе — $25,7 \pm 2,1$ дня ($P < 0,001$), при среднетяжелом течении болезни — соответственно $8,6 \pm 0,7$ и $13,9 \pm 0,5$ дня ($P < 0,001$).

В результате лечения компламином существенно укорачивался желтушный период. При тяжелом течении болезни в 1-й группе больных длительность желтухи была $47,6 \pm 4,0$ дня, а в контрольной группе — $57,9 \pm 1,4$ дня ($P < 0,05$), при среднетяжелой форме болезни — соответственно $25,4 \pm 1,4$ и $37,1 \pm 2,7$ дня ($P < 0,001$), при легкой — $16,4 \pm 1,0$ и $21,1 \pm 2,3$ дня ($P < 0,05$).

Под влиянием лечения компламином заметно больше, чем на фоне общепринятой терапии, уменьшалось количество билирубина в периоде спада желтухи. Статистически достоверное различие удалось доказать при тяжелом ($80,7 \pm 14,9$ мкмоль/л, $P < 0,02$) и среднетяжелом течении заболевания ($27,0 \pm 1,2$ мкмоль/л и $40,5 \pm 3,0$ мкмоль/л, $P < 0,001$). Нужно подчеркнуть, что на 10—15-й день лечения уровень билирубина при среднетяжелой форме течения гепатита снизился более значительно у больных, леченных компламином ($P < 0,001$). На 20—25-й день лечения это различие сохранялось.

Для более глубокого изучения белкового обмена на фоне компламинотерапии мы исследовали полирографическую активность сыворотки крови больных. Было установлено, что низкие величины коэффицентов, выявленные нами в периоде разгара заболевания и отражающие полирографическую активность сыворотки крови, могут быть косвенным доказательством уменьшения в крови гликопротеидов, аминокислот и сульфгидрильных групп, которые синтезируются в печени.

Компламинотерапия способствовала сокращению пребывания больных среднетяжелой формой сывороточного гепатита в стационаре ($P < 0,001$).

Результаты клинических и лабораторных исследований позволяют рекомендовать включение компламина в комплексную терапию больных сывороточным гепатитом.

УДК 616.346

Н. И. Пушкарев (Белебей, БАССР). О чрезмерно подвижной слепой кишке¹

Избыточная подвижность правой половины толстой кишки впервые описана Гурбером в 1868 г. Она бывает при наличии собственной, общей частичной и общей полной брыжейки, нередко обуславливает кишечную непроходимость, в ряде случаев проявляется с детства дневными кратковременными приступообразными болями в правой половине живота, возникающими, как правило, после физических нагрузок, порой иррадирующими в поясницу, постепенно нарастающими. Объективно при этом живот мягкий, при глубоком ощупывании болезненный и урчащий в правой подвздошной области; рентгенологически выявляется значительная смещаемость подвздошнослепого угла.

Coezum mobile дифференцируют с аппендицитом, холециститом, почечнокаменной болезнью, воспалением придатков матки, туберкулезным мезаденитом, колитом, глистной инвазией и т. д.

Ряд хирургов рекомендуют оперативное лечение при *coezum mobile*. Предложены следующие варианты операции: 1) фиксация слепой и восходящей кишок к пристеночной брюшине; 2) фиксация брыжейки правой половины толстой кишки к пристеночной брюшине; 3) забрюшинная фиксация слепой и восходящей кишок; 4) мезоперитонизация восходящей кишки. При операциях по поводу *coezum mobile* разрез брюшной стенки должен быть большим (параректальным, трансректальным или срединным), обезболивание — общим.

В течение 1974—1979 гг. мы изучали частоту подвижности ободочной кишки на секционном материале в морге Белебеевской МСЧ. Обследованы трупы 100 женщин и 170 мужчин. Свободная подвижность слепой кишки у мужчин встретилась в 21,1%, у женщин — в 29%, общая полная брыжейка — в 0,7%. У обследованных трупов с *coezum mobile* количество пленчатых отложений, тяжей и рубцов было наименьшим при подвижности ободочной кишки до средней трети ее восходящей части.

За эти же 5 лет нами прооперированы с использованием указанных выше вариантов и нашим способом 50 больных — 19 мужчин и 31 женщина, поступившие по поводу острого аппендицита (32), хронического аппендицита (14), кишечной непроходимости (2), подвижной слепой кишки (2).

Сущность нашей операции заключалась в следующем: после аппендэктомии снаружи восходящей кишки, параллельно ей, рассекаем брюшину на длину подвижности; туго отслаиваем кнутри восходящую кишку, брыжеечную ленту ее сшиваем с поясничными мышцами; сближаем края брюшины. Нам такая операция кажется наиболее физиологичной, но выполнима она только при хорошо выраженной *tenia mesocolica*.

У всех оперированных боли в животе полностью исчезли. Для сравнения мы обследовали 50 человек, оперированных в эти же годы по поводу аппендицита хирургами, не уделявшими внимания *coezum mobile*: 4 из них аппендэктомия облегчения не принесла.

Итак, установление наличия *coezum mobile* трудностей не представляет. Если она клинически проявляется, показано оперативное лечение. Вопрос о способе фиксации должен решаться во время операции. Отдаленные результаты операций хорошие.

¹ Доложено на научно-практической конференции 20/VII 1979 г. в г. Белебее.