

большим, а именно: к биомицину — 14%, к стрептомицину — 40%, к левомецетину — 40%, и к пенициллину — 87%.

Таким образом, приведенные нами материалы по изучению чувствительности микробной флоры по отношению к названным выше антибиотикам, нашедшим себе широкое применение в практике, позволяют высказать некоторые общие положения:

1. Микробная флора кожи, как здоровой клинически, так и в очагах болезненного процесса (главным образом, при гнойничковых заболеваниях), обладает значительной резистентностью по отношению к антибиотикам, как видно из следующей таблицы:

	Резистентных штаммов (в %/о/о) к:			
	пеницил- лину	биомици- ну	стреп- томицину	левоми- цетину
Кожа здоровых людей . . . . .	50	2	18	10
Здоровая кожа людей, болеющих кожными болезнями . . . . .	66	3	11	14
Кожа на очагах дерматозов . . . . .	78	6	23	22
Кожа на очагах пиодермии . . . . .	79	5	21	21

2. Резистентность флоры кожи к антибиотикам, по-видимому, в какой-то степени зависит от изменений биологических свойств микробов под влиянием предшествующего лечения антибиотиками.

3. Различная степень чувствительности микробной флоры к антибиотикам должна всегда учитываться врачом при назначении их для лечения пиококковых дерматозов. Желательно производить предварительное определение чувствительности флоры к назначаемому антибиотику, поскольку резистентностью флоры объясняется в значительном числе случаев безуспешность лечения пенициллином и реже другими антибиотиками.

4. Не следует ограничиваться при лечении только пенициллином, а необходимо шире пользоваться и другими антибиотиками в зависимости от степени чувствительности к ним микробной флоры.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Германова К. И. и Левитов М. М. В кн: Антибиотики, вып. VII. 1948.—2. Довжанский С. И. Вестн. дермат. и венер., 1958, 5.—3. Кашкин П. Н. Антибиотики и их практическое использование.—4. Красильников Н. А. Антибиотики-антагонисты и антибиотические вещества. М., 1950.—5. Тронцкий В. Л. и Першина З. Г. ЖМЭИ, 1949, 9.—6. Труды международного симпозиума по антибиотикам. Варшава, 1956.

Поступила 15 июня 1959 г.

## К РЕНТГЕНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ОПУХОЛЕЙ СЕЛЛЯРНОЙ ГРУППЫ

*Н. А. Хасанова*

Из 1-й кафедры рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. Х. Файзуллин)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Томографическое послойное исследование черепа стало применяться с 1938 г. (Фронет и Буффе, Янкер, Демпе). В Советском Союзе впервые произвел томографическое исследование черепа при опухолях мозга И. Г. Шлифер, в 1941 г. Ф. И. Лапидус распространил этот метод на изучение патологических процессов придаточных пазух носа и нижней челюсти. В 1951 г. Е. С. Брежнев опубликовал работу о зна-

чении томографического метода в рентгенодиагностике заболеваний черепа. Методику томографического исследования передней черепной ямки разработал Я. И. Гейнман. С 1948 г. томографическим методом исследования мозгового и лицевого черепа занимается М. Х. Файзуллин.

Как известно, к сельлярной группе относятся опухоли, располагающиеся в зоне турецкого седла.

Мы не нашли в доступной нам литературе данных о томографическом исследовании черепа при опухолях сельлярной группы. В настоящей работе приведены материалы детального томографического исследования у 25 больных опухолями этого типа. Большею частью, больным делались повторные томограммы в динамике заболеваний.

Мужчин было — 7, женщин — 18. От 18 до 30 — 4, от 30 до 45 — 16, свыше 45 лет — 5. Болеют от 1 до 5 лет 13 чел., от 5 до 8 — 7, и более — 5.

Локализация опухолей: эндосельярная — у 17 больных, супрасельярная — у 3, пара-ретра-инфрасельярная — по одному, антесельярная — у 2.

Применялась следующая методика. Больной укладывается на живот, голова его поворачивается на бок. Ось вращения томографа направляется на середину переносицы, то есть строго сагиттальную плоскость черепа. Технические условия: 60 кв., 145 маS. При парасагиттальных снимках больной остается в том же положении, меняется только глубина «среза».

Наш опыт показывает, что наиболее приемлемыми и показательными из боковых томограмм при исследовании области седла являются «срезы», сделанные в строго срединной сагиттальной плоскости и на 0,5 см от срединной линии вправо и влево. «Срезы», сделанные по средину орбит и по наружному их краю, имеют в данном случае вспомогательное значение.

Объединяет сельлярные опухоли, кроме локализации, очень частое прямое или косвенное нарушение гипофизарно-гипоталамических функций. Характерны эндокринно-обменные расстройства, битемпоральная гемианопсия, атрофия зрительных нервов.

Опухоли, как правило, обладают диффузным инфильтрирующим ростом, но могут быть и резко ограниченными. Симптомы этой группы опухолей могут быть местными и общими. Общие симптомы обусловлены нарушением циркуляции спинномозговой жидкости, затруднением венозного оттока и т. д. Симптомы же местного порядка проявляются в непосредственном изменении со стороны турецкого седла.

При эндосельярной опухоли местные рентгенологические симптомы складываются из баллоновидного расширения и углубления полости седла. Спинка может резко истончаться, быть паротичной и казаться удлиненной. При росте опухоли вперед и вверх выявляется подрытость передних клиновидных отростков.

Супрасельярные опухоли на рентгенограмме дают расширение входа. Спинка седла короткая, за счет рарификации задних клиновидных отростков. Иногда отмечается уплощение передних клиновидных отростков.

Парасельярные опухоли вызывают явления местной или общей краниальной гипертензии и внедряются сбоку в седло, просвет которого приобретает яйцевидную форму с более глубокой задней частью, с продавленностью и заострением клиновидного отростка. По мере роста опухоли резко меняется и форма седла.

Инфрасельярные опухоли дают изменения в просвете основной лазухи, обычно в виде гомогенного затемнения или сужения ее просвета. Опухоль, в зависимости от структуры, разрушает седло снизу.

Антесельярные опухоли, распространяющиеся спереди со стороны решетчатого лабиринта и носовой полости, так же дают деструкцию седла. Особое внимание заслуживают опухоли, развивающиеся в области перекреста зрительных нервов и передней черепной ямки. Некоторые из них сопровождаются гиперостозом и деструкцией кости. Иногда отмечаются также включения извести в самой опухоли.

Применение томографического метода исследования при опухолях гипофизарной группы дает возможность более детально изучить турецкое седло. В отличие от обычной рентгенограммы, на томограмме, сделанной в срединной сагиттальной плоскости, четко определяется *planum sphenoidale*. Тело основной кости, не выявляющееся на обычных рентгенограммах, в данном случае четко видно на всем протяжении. Томограмма дает возможность более точно определить размеры седла. На томограмме более убедительно, чем на обычном снимке, выявляются продавленность или углубление линии основания черепа, ситовидной

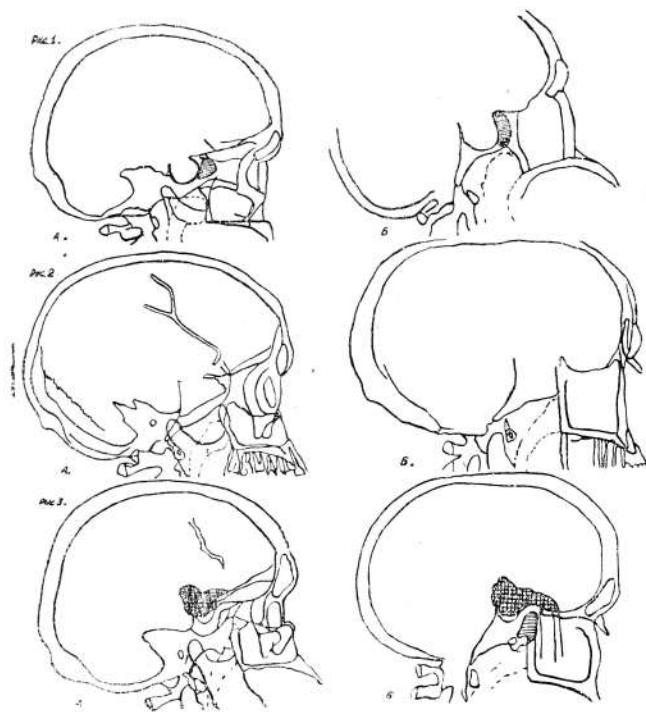
пластинки, дна седла. Повторные послойные снимки дают возможность судить о динамике изменений седла. Кроме того, на томограммах хорошо обозримо состояние ската Блюменбаха, что не отображается на обычных снимках.

Следовательно, томографическое исследование способствует уточнению различной локализации новообразований sellarной группы. Томограммы способствуют так же установлению распространения патологического процесса за пределы седла.

Для иллюстрации вышеуказанных данных приведем 3 наблюдения:

I. Б., 43 лет, считает себя больной с марта 1954 г., когда появились головные боли приступообразного характера. С декабря боли стали более интенсивными, повторялись по несколько раз в день, сопровождались звоном в ушах. К концу марта 1955 г. «закрылся» правый глаз. Приступы болей стали продолжительнее. Менструация отсутствует около двух лет. Данные осмотра: ОД — птоз, расходящееся косоглазие, глазное яблоко сохранило движение наружу. Левый глаз без патологии.

Другой патологии со стороны нервной системы нет.



На рентгенограмме черепа, сделанной в боковой проекции 1/VI-55 г., отмечается увеличение сагиттального (20 мм) и вертикального размеров (15 мм) седла. Спинка седла истончена и выпрямлена (рис. 1а). На томограмме черепа от 1/VI-55 г., произведенной в срединно-сагиттальной плоскости (рис. 1б), уточняется расширение полости седла за счет увеличения передне-заднего размера в большей степени (26 мм). Спинка седла не только выпрямлена, но и отклонена назад. Большим оказался и вертикальный размер седла; если он на обычной рентгенограмме равнялся 15 мм, то на томограмме выявилось его увеличение до 30 мм. На рентгенограмме не выявляется деформации нижнего отдела основной кости (рис. 1а). Между тем, тот же участок истончен на томограмме более чем на половину (рис. 1б). Оттесненность основной лазухи впе-

ред полнее выявляется на срединном сагиттальном срезе, чем на обычной рентгенограмме.

II. Г., 31 г., поступил в клинику 27/V-57 г. с жалобами на резкое понижение зрения на оба глаза, общую слабость, головную боль разлитого характера, рвоту. Больным считает себя с 1944 г. Головная боль, вначале незначительная, постепенно усиливалась. Через 3 года стал плохо видеть. В настоящее время имеется полная слепота на оба глаза с атрофией зрительных нервов.

На рентгенограмме черепа в боковой проекции определяется значительное расширение передне-заднего (30 мм) и вертикального (25 мм) размеров турецкого седла. Спинка его истончена и выпрямлена. Передние клиновидные отростки приподняты вверх, подрывы (рис. 2а). На томографическом снимке, сделанном в строго срединной плоскости 3/VI-57 г. (рис. 2б), определяется значительное расширение турецкого седла (вертикальный размер — 35 мм, передне-задний — 40 мм). Истончена и выпрямлена спинка седла. Дно турецкого седла полностью разрушено. Основание черепа несколько продавлено вниз. Основная пазуха не выявляется, определяется только задний ее контур в виде тонкого полуовала. Хорошо выражена подрывность *planum sphenoidale*, которая приподнята вверх и смещена вперед (рис. 2б).

В данном случае так же томографическим исследованием детализированы более истинные размеры увеличенного турецкого седла, разрушения его, продавленность основания черепа.

III. С., 45 лет, поступила в клинику 8/III-57 г. с диагнозом: парахиазматический арахноидит. Жалуется на резкое снижение зрения на оба глаза, периодические головные боли и боли в пояснице. Считает себя больной с осени 1950 г. Постепенно стала плохо видеть. Перестала ориентироваться в окружающей обстановке. Временами теряла обоняние. Visus OD — видит и ориентируется только носовым полем зрения, visus OS — различает свет.

На обычной рентгенограмме выявлено большое обызвествленное включение неправильной формы, расположенное над турецким седлом (рис. 3а). На томограмме же, сделанной в срединной сагиттальной плоскости 23/III-57 г. (рис. 3б) выявилась значительная величина этой опухоли. Обызвествленная опухоль располагается не только над седлом, но ее элементы проникают в полость седла и распространяются на переднюю черепную ямку, продавливая пластинку решетчатой кости в ее заднем отделе. Уточнилось также, что спинка седла выпрямлена и даже несколько отклонена.

На основании приведенных данных можно отметить, что томографический метод дает возможность детально определить характер увеличения и разрушения седла, состояние основной пазухи, основной кости на всем ее протяжении и ската Блюменбаха.

Томографически более четко, чем на рентгенограмме, выявляется патологический процесс в соседних отделах.

Повторные томограммы дают возможность видеть динамику изменений седла.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брежнев Е. С. Вестн. рентг. и рад., 1951, 1.—2. Гейнисман Я. И. Вопр. нейрохир., 1954, 3.—3. Лapidус Ф. И. Вопр. томофлюорографии и томографии, 1950, 2.—4. Шлифер И. Г. Рентгенодиагностика, т. I, Голова, Киев, 1941.—5. Файзуллин М. X. Сб. тр. Казанского ГИДУВа, 1950.

## О ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ СФИНКТЕРА ОДДИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ПРОЦЕССЕ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛЕНИЯ ПРИ РЕФЛЕКТОРНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ С КИШЕЧНИКА

С. М. Горшкова

Отдел общей физиологии (зав.—проф. А. В. Риккль) Института экспериментальной медицины АМН СССР, Ленинград

Среди клиницистов нет единого мнения о механизме возникновения дискинезий желчевыделительного аппарата печени, что и подтвердилось на XXVI Всесоюзном съезде хирургов в 1955 г. в отдельных высказываниях и в проблемном докладе о физиологических основах хирургии. Большинство клиницистов не придают должного значения рефлекторным влияниям с кишечника как моменту, благоприятствующему функциональным дискинезиям желчных путей.

В предыдущих работах, в условиях хронического опыта на собаках, нам удалось установить (1949—1957) факт торможения эвакуации желчи в кишку в рефлекторную фазу желчевыделения на мясо, молоко, хлеб при воздействиях с различных отделов кишечника (тонкая, слепая, прямая кишки).

Как показали наши дальнейшие исследования, угнетение выхода желчи в кишку наблюдается так же и при локальном воздействии на саму папиллу Фатери, например, при орошении ее 0,3% раствором соляной кислоты во время дачи животному 150 г сырого мяса. Угнетение эвакуации в этих случаях происходит, главным образом, в течение первых 45 мин после еды. Аналогичные результаты получили и другие авторы в условиях острого опыта (Shingleton, Anlyan а. Hard, 1952). Эти данные могут способствовать разрешению спорного вопроса о местном влиянии соляной кислоты на выход желчи в кишку. Кроме того, факт торможения желчевыделения при непосредственном воздействии на саму папиллу свидетельствует о чувствительных нервных окончаниях в ней. Некоторые данные в этом отношении имеются в работах Ю. А. Петровского (1947), в отдельных клинических наблюдениях (Nava и др., 1956) и в морфологических исследованиях Местера (1953), показавшего, что от заднего печеночного сплетения отходят смешанные волокна, которые, направляясь вниз по общему желчному протоку, способны достигать сфинктера Одди.

Торможение эвакуации желчи в кишку так же наблюдается при воспалительном процессе в кишечнике и, наконец, при общем возбуждении животного.

Судить о дискинезиях желчных путей только на основании угнетения процесса желчевыделения или сопоставления количества желчи, вытекающей из общего желчного протока за каждые 5 мин, с билирубиновым показателем этих проб (Ларин,