

результатов установлено, что частота возникновения инфаркта миокарда в пересчете на один день примерно одинакова в различные фазы всех макроритмов.

Таким образом, в процессе исследований не удалось установить закономерных связей между началом возникновения инфаркта миокарда и критическими днями и фазами биологических макроритмов.

УДК 616.718:616.14—072

А. А. Латыпова, М. Н. Малиновский (Казань). Оценка инвазивных и неинвазивных методов исследования магистральных вен нижних конечностей

Мы проанализировали ангиоморфологические изменения венозной системы нижних конечностей при варикозной болезни, выявленные при одновременной катетеризации бедренной, подколенной вен, маргинальной вены стопы, и сравнили полученные данные о состоятельности клапанного аппарата глубоких вен инвазивным путем с результатами чрезкожной доплерографии.

Были обследованы 63 человека с варикозной болезнью (женщин — 41, мужчин — 22, возраст — от 18 до 57 лет). Левостороннее поражение наблюдалось у 28 больных, правостороннее — у 14. У 17 человек симптомы заболевания ограничивались наличием варикозно-расширенных подкожных вен на нижней конечности в течение многих лет. У 46 пациентов варикозная болезнь сопровождалась симптомами хронической венозной недостаточности: болями после длительной ходьбы, преходящим и постоянным отеком, судорогами икроножных мышц, наличием трофических изменений мягких тканей дистальных отделов голени.

Ангиографическое исследование включало дистальную вертикальную функционально-динамическую флебографию, вертикальную катетеризационную ретроградную чрезбедренную, чрезподколенную флебографию. Флебографическое исследование у 42 больных сочетали с ультразвуковой доплерографией бедренной и подколенной вен, сафено-бедренного соустья.

Применяли следующие функциональные пробы: Вальсальвы, вертикальное положение, ходьба на месте, сокращение икроножных мышц. Особенностью нашей методики является вертикальное положение больного при проведении ретроградного контрастирования венозного русла. Для этого мы пользовались чрезкатетерным введением контрастного вещества. При оценке флебограмм учитывали диаметр бедренной и подколенной вен, диаметр и контуры берцовых вен, наличие и количество перфорантных и мышечных вен. Для оценки степени расширения бедренной вены сравнивали диаметр вены с шириной бедренной кости. За эктазию бедренной вены принимали диаметр, равный или больший $\frac{2}{3}$ ширины бедренной кости, за эктазию подколенной вены — диаметр тени подколенной вены, равный или превышающий размер малоберцовой кости, за эктазию берцовой вены — расширение берцовых вен до половины и более ширины малоберцовой кости. Кроме того, определяли степень заброса контрастного вещества ретроградно по бедренной, подколенной, берцовым венам через сафено-бедренное и сафено-подколенное соустья на высоте пробы Вальсальвы и в вертикальном положении больного.

Анализ данных флебографической картины выявил эктазию бедренной вены у 45 (71,4%) больных, подколенной — у 26 (41,3%).

Степень расширения вен голени была различной — от небольшого равномерного до резко выраженного, веретенообразного расширения. У 31 (49,2%) больного расширение берцовых вен обнаружено в мышечной части голени, у 21 из них было изолированное расширение одной из берцовых вен, у остальных — двух и более вен. У 3 (4,8%) пациентов была эктазия берцовых вен сухожильной части, что не наблюдалось другими авторами. У всех больных с эктазией берцовых вен голени констатировано в той или иной степени нарушение функции клапанов берцовых и перфорантных вен с рефлюксом контрастного вещества в подкожные вены.

Несостоятельность клапанов бедренной вены была диагностирована у 85,2% больных, берцовых и перфорантных вен — у 54,1%, подколенной вены — у 50,8%. Недостаточность остального клапана сафено-бедренного соустья обнаружена у всех больных, сафено-подколенного соустья — у 58,7%.

Данные доплерографии сравнивали с результатами контрастирования венозного русла. Во всех случаях состоятельность клапанов бедренной вены была определена без ошибки. Несостоятельность остального клапана установлена у 41 (98,8%) больного. Ложноотрицательный результат в выявлении клапанной несостоятельности бедренной вены был получен у 4 (9,5%) больных.

При исследовании кровотока в подколенной вене результат оказался ложноположительным у одного больного, ложноотрицательным — у 2.

Тактику оперативного лечения выбирали в зависимости от ангиографических находок. Всем 63 больным выполнена радикальная флебэктомия; 13 — в сочетании с экстравазальной коррекцией клапанов бедренной вены; 22 — субфасциальная перевязка перфорантных вен по Линтону, из них 7 — в сочетании с экстравазальной коррекцией клапанов подколенной вены; 3 — резекция подколенной вены с последующим аутовенозным протезированием. В послеоперационном периоде 10 больным проведена контрольная ретроградная чрезбедренная флебография, которая не выявила клапанной несостоятельности после их реконструкции.

Таким образом, у всех больных удалось установить точный топический диагноз и выбрать метод адекватной хирургической коррекции.

УДК 613.84:616.24—008.4

Д. П. Пыргарь (Казань). Биомеханика дыхания у курильщиков молодого возраста

Известно, что одной из главных причин, способствующих развитию хронического бронхита, а также эмфиземы легких, является курение. Под нашим наблюдением находились 66 здоровых мужчин от 17 до 34 лет, не имевших контакта с производственными вредностями. Обследованные были подразделены на 2 группы — курильщиков (31 чел.) и некурящих (35), которые мало отличались друг от друга по возрасту и профессиям. Курящие употребляли табачные изделия в количестве не менее 6 сигарет (папирос) в сутки в течение 6,5 лет.

Были изучены следующие показатели функций внешнего дыхания: мощность вдоха и выдоха, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁), индекс Вотчала — Тиффно (ОФВ₁/ЖЕЛ), максимальная вентиляция легких (МВЛ). Спирографию выполняли в утренние часы до курения в условиях относительного покоя в положении сидя. Полученные показатели вентиляционных проб приводили к условиям ВТРС и сравни-

вали с должными величинами, принятыми на Ленинградском симпозиуме по клинической физиологии дыхания в 1973 г. Работу дыхания и растяжимость легких изучали в тех же условиях.

У курящих мужчин по сравнению с некурящими ($P < 0,05$) отмечалось снижение показателей, характеризующих бронхиальную проходимость (ОФВ₁, ОФВ₁/ЖЕЛ, МВЛ, мощность выдоха). Общая работа дыхания, эластический и неэластический ее компоненты в состоянии покоя, а также коэффициент удельной работы дыхания (отношение работы дыхания к вентиляции в литрах) были достоверно увеличены. Кроме того, в состоянии покоя была снижена динамическая растяжимость легких. Показатели ЖЕЛ и мощность вдоха у курящих и некурящих не различались.

Таким образом, у курильщиков в среднем через 6,5 лет от начала курения были выявлены изменения бронхиальной проходимости, растяжимости легких, общей работы дыхания. Можно допустить, что эти начальные, чисто функциональные изменения, наряду с другими хорошо изученными факторами, могут способствовать развитию хронического бронхита и эмфиземы легких у курящих.

УДК 616.76—002—089.5—031.84

И. С. Ильинский, В. И. Бекмачев, М. Ф. Муравьев (Устинов). Лечение крепитирующего тендовагинита новокаиновыми блокадами с гидрокортизоном в условиях поликлиники

Под нашим наблюдением с 1980 по 1982 г. находилось 105 больных крепитирующим тендовагинитом предплечья в возрасте от 19 до 60 лет, из них 72% составляли мужчины с поражением правого предплечья (69%).

Все три симптома (боль, отек, крепитация) выявлены лишь у 79 (75,2%) больных с локализацией у 73 (92,4%) в нижней трети предплечья, в проекции длинной отводящей I палец мышцы и его короткого разгибателя, у 6 — в области лучезапястного сустава и тыльной поверхности кисти.

У 19 (18%) больных при наличии боли и отека крепитация не определялась, у 7 (6,6% женщин) отмечена боль в области шиловидного отростка лучевой кости.

При лечении 105 больных выполнено 300 новокаиновых блокад с гидрокортизоном. Число дней нетрудоспособности больных составило в среднем 4,4.

Методика лечения заключалась в следующем. Из одного укола на тыльной поверхности нижней трети предплечья через иглу, проведенную под апоневроз, вводили 10—20 мл 0,25—0,5% раствора новокаина с добавлением 25—50 мг суспензии гидрокортизона. Затем с внутренней стороны производили иммобилизацию конечности с помощью гипсовой лонгеты от кончиков пальцев до верхней трети предплечья. Кисть фиксировали в положении легкой дорсальной флексии, II—V пальцы — в положении ладонного сгибания, I палец — в оппозиции ко II—III пальцам. Курс лечения составлял 2—3 блокады с интервалами в 1—3 дня. Общее количество гидрокортизона на весь курс лечения не превышало 100—120 мг.

Инъекции выполняли в утренние часы, до приема больных в условиях операционной хирургического кабинета поликлиники, со строгим соблюдением правил асептики и антисептики. Кожу на предплечье обрабатывали перед инъекцией 5% раствором йода и спиртом. После инъекции накладывали асептическую повязку.

После первого введения больные чувствовали уменьшение боли и отека, исчезновение крепитации. Повторные блокады способствовали рассасыванию отека, купированию болей, выздоровлению больных с выпиской на основную работу. В трудоустройстве нуждались лица с рецидивом заболевания.

В период лечения после очередной блокады больным в домашних условиях рекомендовали к месту инъекции прикладывать периодически холод, внутрь принимать антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), витамины.

Другие методы лечения не применяли.

У 3 (2,8%) больных после инъекции возникла боль в месте введения, державшаяся в течение 1—3 ч и прекратившаяся самостоятельно. У 2 (1,9%) пациентов выявлен рецидив заболевания через один месяц после выписки на работу. Проведение повторного курса лечения новокаиновыми блокадами с гидрокортизоном (3 инъекции с интервалом в 3 дня) привело к выздоровлению и полному восстановлению функции и трудоспособности больных, но к увеличению срока нетрудоспособности соответственно до 16 и 25 дней.

В контрольную группу вошли 100 больных, у которых были применены обычные методы лечения (физиотерапия — УВЧ, УФО, электрофорез, антибиотикотерапия, повязки с мазью Вишневского, иммобилизация). Сроки лечения больных составили 10,3 дня. У 6 больных наблюдался рецидив заболевания.

Итак, применение новокаиновых блокад с гидрокортизоном способствовало сокращению срока нетрудоспособности в среднем с 10,3 до 4,4 дня, то есть в 2,3 раза, а количество рецидивов заболевания — в 3 раза. Экономия средств достигла 4956 рублей.

Следовательно, избранный метод лечения крепитирующего тендовагинита предплечья оказался более эффективным, а простота его выполнения при строгом соблюдении правил асептики и антисептики позволяет использовать его в амбулаторных условиях.

УДК 616.313—006.5—053.2

И. Г. Ямашев (Казань). Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования языка у детей

Под нашим наблюдением находился 51 ребенок (мальчиков — 22, девочек — 29) с различными заболеваниями и травмами языка, в том числе с воспалительными процессами — 9, с повреждениями — 11, с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями — 31. Последние по возрасту распределялись следующим образом: до одного года — 2, с 2 до 5 лет — 13, с 7 до 9—6, с 11 до 14—10 детей (мальчиков — 8, девочек — 23).

Клинико-морфологические диагностированы папилломы и папилломатоз у 6 детей, фибромы — у 5, лимфангиомы — у 11, гемангиомы — у 4, ботриомикомы — у 2, зернисто-клеточная опухоль — у 1, кисты языка — у 2. У 10 детей опухоли были врожденные. Остальные больные (21) обратились за медицинской помощью в различные сроки после обнаружения новообразования: через 1—3 мес — 7, через 6—9 мес — 2, через 1—2 года — 5, через 3—4 года — 2, через 5—7 лет — 3; у 2 время появления новообразования установить не удалось.