

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Министерства здравоохранения Татарской АССР
и Совета научных медицинских обществ

ГОД ИЗДАНИЯ XL

1959

№ 2

МАРТ — АПРЕЛЬ



ИЗДАТЕЛЬСТВО ГАЗЕТ
„СОВЕТСКАЯ ТАТАРИЯ“ и „СОВЕТ ТАТАРСТАНЫ“

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Министерства здравоохранения Татарской АССР
и Совета научных медицинских обществ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Н. Н. Лозанов — редактор,
М. Г. Береза (секретарь), *Н. И. Вылегжанин*, *Р. А. Вяселев*,
Ю. В. Макаров, *П. В. Маненков*, *В. В. Милославский*,
Л. М. Рахлин (зам. редактора), *Н. В. Соколов*, *А. Г. Терегулов*,
М. Х. Файзуллин, *Ф. Х. Фаткуллин*, *Л. И. Шулутко*, *Т. Д. Эпштейн*

ГОД ИЗДАНИЯ XL

1959

№ 2

МАРТ — АПРЕЛЬ

КАЗАНЬ

ИЗДАТЕЛЬСТВО ГАЗЕТ

„Советская Татария“ и „Совет Татарстаны“

Редакционный Совет:

З. М. Блюмштейн, С. М. Вяселева, И. В. Данилов, Е. А. Домрачева,
М. А. Ерзин, Е. Н. Короваев, З. И. Малкин, Н. А. Немшилова,
А. Э. Озол, Л. И. Омороков, И. И. Русецкий, В. Н. Шубин,
Н. Н. Яснитский

Подписка принимается всеми почтовыми отделениями СССР.
Адрес редакции „Казанского медицинского журнала“:
г. Казань, ТАССР, ул. Л. Толстого, д. 6/30; тел. 54-62.

Литературно-технический редактор — Б. С. Лупандин

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Забусов Г. И. Проф. А. Н. Миславский и его школа	5
<i>Теоретическая и клиническая медицина</i>	
Русецкий И. И. Метод китайского иглоукалывания в неврологической практике	11
Межебовский Р. Г. Лечение легочно-сердечной недостаточности	18
Чудина М. Х. К вопросу о функциональной диагностике недостаточности легочно-сердечной системы	23
Токарева А. М. О диагностике аневризм сердца	26
Старкова Н. Т. К диагностике и лечению синдрома Иценко — Кушинга	29
Бурмистрова А. Ф. К диагностике и лечению тяжелых осложнений почечно-каменной болезни	35
Козлов А. И. Опыт применения кожной пластики в условиях областной больницы	39
Катеева-Султанова Г. Ф. Об определении активности туберкулезного процесса у детей методом микроэлектрофореза на бумаге	44
Булатова Л. Н., Булатов Н. М. Клиническая характеристика вспышки весенне-летнего клещевого энцефалита в Акташском районе ТАССР в 1957 г.	48
Амиров Р. Х. Течение родов при наложении кожно-головных щипцов	53
Бизяев А. И. Опыт лечения эпидермофитии стоп	56
Шакиров Т. А. О бактериальной загрязненности воздуха в помещениях операционных блоков и его вентиляционной очистке	59
<i>Наблюдения из практики и краткие сообщения</i>	
Карапата А. П., Левин А. И., Лазиди Г. Х., Волкова В. М. О лечении гипертонической болезни резерпином	62
Дановский Л. В. Случай геморрагического перикардита при ревматическом заболевании сердца	65
Цукерман М. А. О липоме желудка	66
Королев А. М. К прижизненной диагностике лимфогранулематоза желудка	67
Архипов Е. П. Случай желчнокаменной болезни при врожденном отсутствии желчного пузыря	70
Никошин Л. И. Два случая гемофилии в хирургической практике сельской участковой больницы	70
Муругов Д. С. Случай проникающего ранения сердца	72
Трошков А. А. К оперативному лечению рентгеновских язв	73
Монасыпова М. В. Перфорация матки при аборте с образованием ложной аневризмы маточной артерии	75
Уразаев А. З. Два случая полного выворота матки	76
Сутюшева А. А. и Королькова О. А. Два случая инородных тел во влагалище малолетних девочек	78
<i>Рефераты</i>	
Чернецов И. Г. Лечение-профилактическое значение тиамина при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	78
Машагатов В. Ф. К вопросу о влиянии грязевых процедур курорта Варзи-Ятчи Удмуртской АССР на сердечно-сосудистую систему	79
Кияшов А. П. О предоперационной обработке рук хирурга 3% раствором сернокислого цинка	80
Овечкин Р. В. К дифференциально-диагностической оценке некоторых симптомов при заболеваниях пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы	81
Киценко В. П. К методике лечения ишиаса на здравпунктах	82
Суягин В. М. Опыт применения новокаина при лечении эпилепсии	82

Организация здравоохранения

Якубова З. Н. О состоянии гинекологической помощи в Казани и мерах ее улучшения	83
---	----

Обзор

Зубаиров Д. М. Средства для антикоагулянтной терапии	85
--	----

Новая аппаратура и инструменты

Поляков В. М. Шприц-автомат непрерывного действия для местной анестезии и отсасывания жидкостей	91
---	----

Юбилейные даты

Проф. М. В. Сергиевский	92
-----------------------------------	----

Съезды и конференции

Шулутко Л. И. Международный конгресс ортопедов в Праге	95
Данилов И. В. Второй международный конгресс акушеров-гинекологов .	97
Адриановский А. Ф., Гольдштейн Д. Е., Гольдштейн М. И., Миттельберг Я. Б., Сухоруков Б. З., Файзуллин М. Х. VII Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов	99
Анисимов В. Е., Богоявленский В. Ф. I Всероссийский съезд терапевтов	102
Шалагин М. М. I Всероссийский съезд хирургов	106
Харитонов И. Ф. Вопросы детской хирургии на I Всероссийском съезде хирургов	109

Рецензии

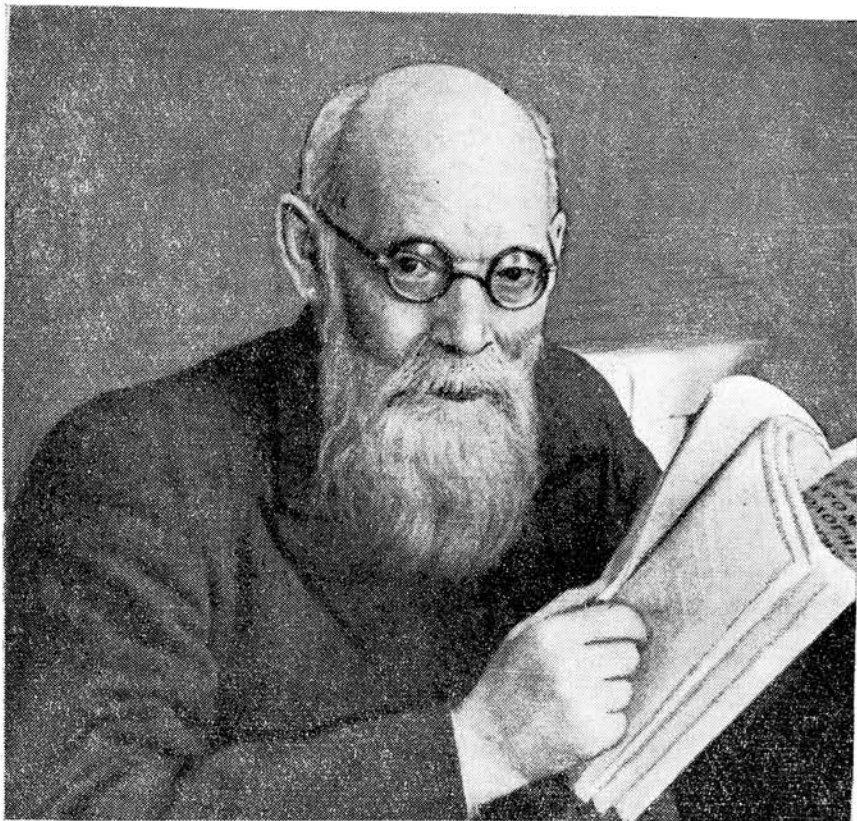
Вольтер Ф. И. Лушникова Л. А. Коматозные состояния, 1958, Медгиз .	110
Окулов А. М. Либов А. Л. Побочные действия антибиотиков, 1958, Медгиз	111

Новые лечебные препараты	114
------------------------------------	-----

Проф. А. Н. МИСЛАВСКИЙ
И ЕГО ШКОЛА

Проф. Г. И. Забусов

(Казань)



14 декабря 1958 г. скончался заслуженный деятель науки, заведующий кафедрой гистологии Казанского медицинского института, руководитель казанской нейргистологической школы, профессор Александр Николаевич Миславский, еще накануне читавший свою очередную лекцию студентам.

Всю свою жизнь Александр Николаевич проработал в Казани, где в течение 54 лет любовно учил и воспитывал молодежь, передавая ей свои огромные знания и опыт.

Под его руководством выросло и подготовилось к исследователь-

ской деятельности целое поколение не только специалистов-морфологов, но и клиницистов, работавших и работающих во многих крупных центрах нашей Родины.

В 1954 году исполнилось 150 лет с момента организации Казанского университета и его медицинского факультета, впоследствии преобразованного в медицинский институт. На протяжении третьей части этого богатого событиями периода Александр Николаевич занимал ответственные посты, сначала заведую гистологической лабораторией Казанского университета, а с 1930 года руководя кафедрой гистологии Казанского медицинского института, был деканом медицинского факультета, заведующим учебной и научной частью Казанского университета, а в дальнейшем — медицинского института. На этих постах он принимал активное участие в коренной перестройке высшей школы в Казани.

Он был членом бюро секции научных работников с момента ее организации до 1930 г. Последнее время он был членом Правления Татарского республиканского отделения Всесоюзного общества анатомов, гистологов и эмбриологов. На VI съезде Всесоюзного общества анатомов, гистологов, эмбриологов и топографоанатомов он был единогласно избран почетным членом этого общества.

Александр Николаевич был награжден орденами Ленина и Трудового Красного Знамени, Почетной грамотой Верховного Совета ТАССР. Ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР.

А. Н. Миславский — сын известного профессора-физиолога Н. А. Миславского — родился 17 февраля (н. с.) 1880 года в г. Казани. В 1898 г. окончил гимназию в Екатеринбурге (Свердловске), где жил у своего деда А. А. Миславского, очень популярного врача, почетного члена Казанского университета, получившего за свою большую научную, общественную и врачебную деятельность степень доктора медицины *honoris causa*.

По окончании гимназии Александр Николаевич поступает на медицинский факультет Казанского университета и оканчивает его в 1904 году, получив диплом лекаря с отличием.

Еще в студенческие годы Александр Николаевич заинтересовался гистологией и начал заниматься ею у проф. К. А. Арнштейна.

По окончании университета в том же 1904 году по представлению медицинского факультета он был назначен помощником прозектора кафедры гистологии.

Первые работы Александра Николаевича были посвящены изучению секреторных процессов в железистых клетках. В 1909 г. появилась его работа, где им впервые подробно описывается течение своеобразного секреторного процесса некоторых желез покрова млекопитающих, процесса, получившего в настоящее время название «апокринового» типа секреции. В том же 1909 г. вышла его монографическая работа под названием «Материалы к гистологии сложнотрубчатых (мерокриновых) желез кожи млекопитающих», в которой как на основании своих собственных наблюдений, так и критического анализа современной литературы он устанавливает существование в составе железистого аппарата кожи млекопитающих своеобразно сецернирующих желез. Они отличаются от типичных потовых, и Александр Николаевич связывает их функцию с половой жизнью животных.

Таким образом, Александр Николаевич вплотную подходит к концепции, впоследствии созданной Шиффердекером в двадцатых годах на основании уже человеческого материала.

На основании защиты диссертации Советом Казанского университета в 1909 году он был утвержден в степени доктора медицины.

С июня 1910 г. по сентябрь 1911 г. А. Н. Миславский был в научной командировке за границей и работал у проф. М. Гейденгайна в Тюбингене и проф. Пренана в Париже.

С мая 1912 г. по сентябрь того же года Александр Николаевич был вновь командирован за границу, где опять работал у М. Гейденгайна в Тюбингене. Уже в этот период Александр Николаевич проявлял глубокую эрудированность в области гистологии.

В 1913 г. Александр Николаевич получил ученое звание приват-доцента с поручением ему обязательного курса практических занятий по гистологии со студентами медицинского факультета Казанского университета. В 1915 г. Александр Николаевич был назначен старшим ассистентом кафедры гистологии медицинского факультета Казанского университета.

Во время мировой войны 1914—17 гг. Александр Николаевич работал в качестве врача передовых перевязочных отрядов Красного Креста.

В 1918 году Александру Николаевичу было присвоено звание профессора, а с 1921 года, после смерти проф. Д. А. Тимофеева, А. Н. Миславский возглавляет кафедру гистологии медицинского факультета Казанского университета. Нужно считать, что с этого момента начинается второй период его научно-исследовательской деятельности, всецело связанной с непосредственным руководством работами его учеников.

Вступив на кафедру, А. Н. Миславский должен был обеспечить преподавание и научную работу и поддержать славное имя Казанской нейрогистологической лаборатории, основанной К. А. Ариштейном и развитой его учениками: А. С. Догелем, А. Б. Смирновым, Д. А. Тимофеевым, А. Ф. Гебергом и многими другими.

В тяжелые годы гражданской войны, когда Александр Николаевич вступил в заведование лабораторией, в ней еще не было сотрудников, и ему в первую очередь нужно было подумать о подготовке кадров. По примеру многих передовых представителей отечественной науки, он обратился к студентам, привлекая их к работе у себя в лаборатории. Процесс формирования научной школы Александр Николаевич определял двумя положениями: 1) непосредственная передача научно-исследовательского опыта старшими представителями младшим в течение ряда лет; 2) сосредоточение научных изысканий всех работающих над одной проблемой. Сформированная Александром Николаевичем казанская гистологическая школа сосредоточила свои основные силы в области исследований микроскопического строения периферических отделов нервной системы человека и позвоночных.

Изумительным качеством А. Н. Миславского было то, что он был всегда добрым, приветливым, старался помочь каждому обращающемуся к нему за советом по любому поводу — и об источниках подбираемой литературы, и с просмотром изучаемых микроскопических препаратов; к нему можно было обращаться в любое время. Его характерной чертой была тщательная оценка работ его учеников, на что он не жалел труда. Для него было чуждо выпячивание работ своей лаборатории и замалчивание успехов других.

Научная деятельность кафедры вначале развивалась в двух направлениях — в области изучения морфологии периферической нервной системы, с одной стороны, и вопросов функциональной морфологии инкреторной системы, с другой.

Изучение инкреторных желез показало морфологические изменения, наступающие при авитаминозе В, при частичном удале-

нии органа, при гипертиреонизме, установлены коррелятивные связи между отдельными железами и доказаны изменения, возникающие в них при различных функциональных состояниях (З. А. Затворницкая, В. С. Зимницкий, Г. И. Забусов, Н. Г. Колосов, Ю. М. Лозовский). Все сделанные за первые 5 лет исследования по инкреторным железам до сих пор не потеряли научной ценности.

Параллельно с этими работами развивались исследования в области нейрогистологии вегетативного отдела нервной системы и, начиная с 1926 г., на эту проблему была переключена почти вся научно-исследовательская работа кафедры. Уже в 1922 г. под руководством А. Н. Миславского была опубликована работа Б. И. Лаврентьева, посвященная иннервации толстого кишечника млекопитающих.

Дальнейшие усилия Б. И. Лаврентьева были направлены на изучение более избирательной нейрофибрилярной методики, результатом чего и явилась его модификация метода Golgi, разработанная совместно со студентом Неймарк.

В 1924 г. появилось сообщение Б. И. Лаврентьева о дегенерации преганглионарных волокон и их синапсов на нервных клетках верхнего шейного узла, а в 1925 г. — и более подробное описание процессов де- и регенерации пре- и постганглионарных волокон.

Таким образом, под руководством А. Н. Миславского Б. И. Лаврентьевым была впервые показана возможность выявления микроскопических картин вторичной дегенерации вегетативных нервных волокон. Его работы дали толчок к развитию экспериментального направления в изучении вегетативного отдела нервной системы.

Последующие ученики и сотрудники А. Н. Миславского — Н. Г. Колосов, Г. И. Забусов, В. Н. Мурат, И. Ф. Иванов (1932, 1933) — разработали цитоархитектонику нервного аппарата пищеварительного тракта человека и показали существование двух типов клеток Догеля и их распространение. Этими работами положено начало сравнительной микроморфологии иннервации пищеварительного тракта. В работе Н. Г. Колосова и Г. И. Забусова было показано избирательное поражение преганглионарных волокон в нервных сплетениях пищевода и желудка у детей, погибших от пневмонии. Это было первое исследование изменений нервных волокон и клеток при патологических процессах, давшее толчок к разработке новой интересной главы патоморфологии вегетативного отдела нервной системы. Сравнительноморфологическое значение имеет исследование Н. Г. Колосова по иннервации надпочечника (1929), а также Н. Г. Колосова и Г. И. Забусова — по вопросам морфологии спинальных и симпатических узлов птиц и черепах (1929). Работы по сравнительной микроморфологии пищеварительного канала логически привели руководимую А. Н. Миславским лабораторию к представлению о двойной иннервации внутренних органов. Следует отметить, что «двойную иннервацию» внутренних органов А. Н. Миславский и его сотрудники понимали в смысле единства функций данного органа, обеспечивающихся этой двойной иннервацией, поскольку нарушение одной из систем ведет к дисфункции органа и его патологическому состоянию. Первой работой учеников А. Н. Миславского в этом направлении явилось исследование И. Ф. Иванова и Т. Н. Радостиной, показавших в опытах с удалением интрамуральных нервных сплетений кишечника, что мышечные клетки получают двойного рода нервные окончания.

В дальнейших работах Г. И. Забусова, Н. Г. Колосова, Г. А. Поликарповой было показано, что терминальные ветвления нервных проводников двойного назначения проходят рядом в одном и том же уча-

стке проводящего синтиция. Таким образом, учение Б. И. Лаврентьева (1926) о «кабельной системе расположения осевых цилиндров» получило в этих работах экспериментальное подтверждение.

Тщательно выполненными в лаборатории А. Н. Миславского экспериментально-морфологическими исследованиями было установлено существование симпатической иннервации в поперечно-полосатых мышцах. Обследованы различные группы поперечно-полосатых мышц. Эти работы подвели морфологический субстрат под физиологическую концепцию академика Л. А. Орбели.

Большой раздел трудов лаборатории А. Н. Миславского составляют работы, изучающие изменения нервных клеток и волокон при патологических процессах.

В 1941 году вышло три сообщения (Г. И. Забусов), посвященных иннервации легочной паренхимы. Эти сообщения в дальнейшем вошли в его диссертацию, где была изучена как эфферентная, так и афферентная иннервация легких и впервые был показан целый ряд чувствительных аппаратов в различных отделах легких и их сосудах.

За последний период времени лаборатория под руководством А. Н. Миславского изучала чувствительную иннервацию целого ряда органов. Н. А. Матвеева изучала чувствительную иннервацию оболочек глаза. Н. А. Голикова разработала рецепторную иннервацию щитовидной и паращитовидных желез. Г. А. Поликарпова и Д. В. Бурнашева дополнили наши сведения о чувствительной иннервации некоторых отделов пищеварительного тракта. Л. Г. Сватко коснулась в своем исследовании рецепторных аппаратов мышц гортани. Наконец, целый ряд исследований был посвящен изучению рецепторной иннервации мочеполовой системы (А. П. Маслов, Г. Н. Шмелева, В. Н. Швалев и Л. И. Петрякова). Вопросу о реактивных состояниях в периферической нервной системе в эксперименте и при патологических процессах посвящены работы Н. В. Тимофеевой, А. П. Маслова и Г. И. Забусова.

Подводя итоги достижений школы А. Н. Миславского за 40-летний период, следует сформулировать следующие основные результаты работ его многочисленных учеников:

1. Получен ряд данных в области изучения микростроения желез внутренней секреции в норме и в экспериментальных условиях.

2. Подтверждено и доказано нейронное строение в периферических частях вегетативного отдела нервной системы человека и позвоночных.

3. Положено начало сравнительно-гистологического изучения иннервации пищеварительного тракта позвоночных.

4. Заложены первые вехи учения о сравнительной цитоархитектонике пищеварительного тракта позвоночных.

5. Освещено морфологическое значение клеток I-го типа Догеля у различных позвоночных.

6. Получены доказательства существования чувствительных нейронов в составе интрамуральных нервных сплетений пищеварительного канала.

7. Заложено начало изучению состояния периферических отделов нервной системы при различных патологических процессах.

8. Установлен морфологический субстрат так называемой «антагонистической иннервации» гладкой мускулатуры непосредственно у самого эффектора, то есть в гладкомышечной клетке.

9. Доказана симпатическая иннервация поперечно-полосатых мышц.

10. Получен ряд новых данных в области учения о морфологии процессов де- и регенерации в периферических отделах нервной системы.

11. Получены некоторые новые данные о явлениях так называемой ретроградной дегенерации в составе нервной системы.

12. Выявлена микроморфология чувствительной иннервации некоторых органов человека и млекопитающих.

Переживая всю горечь тяжелой утраты, долг его учеников и сотрудников — продолжать славные научные традиции казанской школы морфологов, развитию которой посвятил свою жизнь Александр Николаевич Миславский.

**Список важнейших научных работ, выполненных
А. Н. Миславским, его учениками и сотрудниками
(В хронологическом порядке)**

1. Миславский А. Н. Материалы к гистологии сложных трубчатых (мерокриновых) желез кожи млекопитающих. Дисс., 1909, Казань. — 2. Лаврентьев Б. И. О нервных элементах гладкой мускулатуры, об «интерстициальных» клетках Кахала, Догеля и об окончаниях нервных волокон в гладких мышечных клетках. Дисс. (рукопись), 1926, Казань. — 3. Колосов Н. Г. Материалы по автономной иннервации пищеварительного тракта у некоторых позвоночных. Труды Тат. ин-та теорет. и клинической медицины. 1935, Казань, вып. 2. — 4. Поликарпова Г. А. Опыт экспериментально-морфологического анализа автономной иннервации мочевого пузыря. Дисс. Труды Тат. ин-та теорет. и клин. медицины. 1935, вып. 2, Казань. — 5. Тряпкин Б. М. Чувствительный иннервационный аппарат губы крупного рогатого скота. Дисс., 1936, Учен. записки Каз. вет. ин-та, 1937, т. 47. — 6. Иванов И. Ф. О рецепторных элементах вегетативной нервной системы кишечника. Труды Тат. науч. исслед. ин-та теорет. и клин. медицины. 1937, вып. 4, Казань. — 7. Чураев И. Я. Иннервация крупных сухожилий. Дисс., 1925. Частично опубликована: Русский архив анат., гист. и эмбриол., т. 4, вып. 1. — 8. Муромцев А. С. Морфологические изменения нервных элементов кишечника при экспериментальной механической непроходимости. Дисс. (рукопись). Частично опубликована в Каз. мед. журнале. 1939, 4. — 9. Максудова М. А. Состояние нервных клеток верхнего шейного симпатического узла в условиях длительной их денервации. Канд. дисс. (рукопись), 1939, Казань. — 10. Радостина Т. Н. К вопросу иннервации поперечно-полосатых мышц гортани. Канд. дисс. (рукопись), 1939, Казань. Частично отражено в статьях: «Тр. КГМИ», 1940, вып. 2—3 и 1943, вып. 2. — 11. Жакова Т. П. Изменения интрамурального нервного аппарата пищеварительного тракта при туберкулезе. 1939, Казань. Дисс. (рукопись). — 12. Полянцева А. А. К вопросу об изменениях в диафрагмальных и блуждающих нервах при воспалительных процессах в легких и плевре. 1939, Казань, Дисс. — 13. Полянцева А. И. Изменения нервных элементов в g. jugulare и g. podosum n. vagi при воспалительных процессах в легких и плевре. Дисс. 1939, Казань. — 14. Романов М. А. Экспериментально-морфологические исследования автономной иннервации фаллопиевых труб. Дисс. (рукопись), 1941, Казань. — 15. Матвеева Н. А. Ретроградная дегенерация нервных клеток верхнего шейного узла после перерезки постганглионарного волокна. Дисс. (рукопись), 1941, Казань. — 16. Яшина Г. О. Изменения нейрофибрилярного аппарата ганглиозных клеток и нервных волокон сетчатки после перерезки зрительного нерва. Дисс. (рукопись), 1941, Казань. — 17. Оксман И. М. Материал к учению о морфологическом субстрате и иннервации слизистой оболочки полости рта и ее дериватов в нормальном и патологическом состояниях. 1944, Казань. Диссертация. Издана отдельной книгой. — 18. Забусов Г. И. Опыт экспериментально-морфологического анализа иннервации легких млекопитающих. 1944, Казань. Труды Каз. гос. мед. ин-та, вып. 2, 1945. — 19. Тимофеева Н. В. Феномен набухания нервного волокна и валлеровская дегенерация нерва. Канд. дисс. (рукопись). — 20. Кнубовец Я. С. О симпатической иннервации элементов мускулатуры жевательного аппарата, 1948, Казань: частично — в Сборнике работ Казанского ГИДУВа, 1956. — 21. Маслов А. П. Морфология рецепторной иннервации кровеносных сосудов эриктильных органов млекопитающих, 1950, Казань, частично — в Сб. тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 22. Калугина М. А. Морфология развития проприоцептивной иннервации поперечно-полосатых мышц млекопитающих. 1950, Казань; частично: Архив анат., гист. и эмбриол. 1956, 1. — 23. Радостина Т. Н. Некоторые вопросы иннервации и васкуляризации кишечника. Докт. дисс. (рукопись), М., 1953. — 24. Сватко Л. Г. Изменение иннервационного аппарата мышц гортани человека при раковой болезни и некоторые особенности афферентной иннервации этих мышц. 1954, Казань. — 25. Шмелева Г. Н. О микроморфологии рецепторной иннервации внутренних женских органов. 1954, Казань, частично — в Тр. КГМИ, 1958, вып. 5 (дисс.). — 26. Голикова Н. А. Микроморфология иннервации щитовидной железы млекопитающих. Дисс., 1954, Казань, частично — в Тр. КГМИ, вып. 5, 1958. — 27. Петрякова Л. И. Некоторые этапы развития нервных ганглиозных элементов мочевого пузыря человека и млеко-

питающих. Дисс., 1955, Казань, частично — в Тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 28. Бурнашева Д. В. О микроморфологии периферической иннервации неба человека и некоторых млекопитающих животных. Дисс., 1955, Казань, частично — в Тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 29. Маслов А. П. Морфология рецепторной иннервации наружных мужских половых органов человека и некоторых млекопитающих. Докт. дисс., 1955, Казань; частично — Тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 30. Швалев В. Н. Экспериментально-морфологическое исследование рецепторной иннервации почечной лоханки и некоторых отделов почки. Канд. дисс., 1956, Казань, частично — в Тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 31. Кондаратский В. С. Состояние периферического отдела иннервационного аппарата матки при раковом поражении шейки последней. Докт. дисс. (рукопись), 1956, Казань. — 32. Миславский А. Н. и Маслов А. П. К вопросу о функциональном значении некоторых видов чувствительных нервных окончаний. 1956, Казань. Тр. КГМИ, 1958, вып. 5.

Поступила 19 января 1959 г.

МЕТОД КИТАЙСКОГО ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Проф. И. И. Русецкий

(Казань)

Китайская народная медицина имеет многовековую историю. Древние истоки ее можно проследить в частности по чжень-цзю-терапии (чжень — иглоукалывание, цзю — прижигание).

В 221 году до нашего летоисчисления в книге Хуа-ди Ней-цзин описываются достижения китайской медицины за период в 2 тысячи лет до этого и указывается на результаты применения иглоукалывания. В 659 году нашего летоисчисления в медицинской школе Тайишу имелось несколько отделений: терапевтическое, хирургическое, детское, фармакологическое и отделение чжень-цзю-терапии.

Благодаря своей наблюдательности и трудолюбию китайские врачи добились хороших результатов от применения чжень-цзю-терапии. Эти китайские способы лечения в VI столетии н. э. распространились в Японию, затем в Корею, Индию, Вьетнам. В 17 столетии чжень-цзю-терапия проникла во Францию, Германию, потом в другие страны. По иглоукалыванию издаются французский и немецкий журналы¹.

Ряду советских врачей за время пребывания в КНР удалось ознакомиться с чжень-цзю-терапией, и в данное время лечение больных этими способами проводится в Москве, Ленинграде, Казани, Горьком, Киеве и др. В Казанском ГИДУВе и в Московском ЦИУ были проведены курсы по подготовке по чжень-цзю-терапии врачей из различных городов Советского Союза. В ряде мест ведутся работы по дальнейшему изучению китайских способов лечения (1).

Как известно, очень давним опытом китайской народной медицины установлены точки в покровах тела, обладающие свойствами лечебного действия при многих заболеваниях. Всего имеется 693 точки (4), расположенные на 12 парных и 2 непарных, срединных линиях.

При различных заболеваниях организма применяют уколы в точки, связанные с функциями больного органа, и в другие точки отдаленного, регулирующего действия. Можно предложить два примера: линии желудка и линии легких, используемые для выбора, составления «рецепта» точек для лечения заболеваний этих органов (рис. 1 и 2).

Результаты лечения иглоукалыванием и прижиганием могут быть объяснены рефлекторным механизмом действия, похожим на механизм других методов рефлекторной терапии. К методам рефлексотерапии

¹ В России впервые иглоукалывание и прижигание были применены в 1882 г. профессором С-Петербургской медико-хирургической Академии П. Чаруковским. — Вогралик В. Г. Тезисы докладов I Всероссийского съезда терапевтов. 1958, стр. 180. Прим. ред.



Рис. 1.
Линия желудка.

относятся не только современные электрические, световые и другие методы, но и издавна применявшиеся банки, прижигания, горчичники и другие средства.

Чжень-цзю-терапия, существовавшая в течение тысячелетий в Китае, отличается тем, что действующая точка находится не на кожной поверхности тела, а в глубоких его участках. Чжень-цзю-терапия может быть сопоставлена не с действием на органы с кожных зон Захарьина — Геда, как это обычно думают, а с действием с глубоких зон покровов тела, как указывал Мекензи (6), то есть с рецепторов скелетных мышц, сосудов, сухожилий и других глубоко расположенных аппаратов. И это является большой и давней заслугой китайской народной медицины.

Игла вводится в глубину с покровов тела по двум основным способам и по третьему добавочному способу. 1) Поверхностное, кратковременное введение иглы, производящее, по мнению ряда китайских авторов, раздражающее действие, глубина введения иглы 0,1—0,3—0,6—0,9 см, продолжительность пребывания иглы 30 сек —



Рис. 2.
Линия легких.

1 мин — 2 мин, 2) Глубокое и длительное введение иглы, оказывающее тормозящее действие; глубина 1,5—9 см, длительность — 30—60 мин — 24 часа до 72 часов. 3) «Вторые» варианты первого и второго способов иглоукалывания, промежуточные между ними по глубине и продолжительности иглоукалывания. Кроме того, имеет значение и объем придаваемого игле вращательного движения, по своей оси, или же производимые иглой более быстрые движения, в виде уколов, «птичьего клёва».

Важным условием иглоукалывания является безболезненное вкалывание иглы в покровы тела, а затем уже, после вкалывания иглы, вызывают определенные ощущения благодаря тому, что конец иглы находится в положенном месте — точке и благодаря производимым вращательным движениям иглой. Для получения лечебного эффекта у больного должны возникнуть ощущения онемения, распирания, тяжести, ломоты, иррадиации или же ощущения тепла. Нередко возникающие ощущения являются приятными, успокаивающими, и больной засыпает во время сеанса.

Многие вопросы техники, условий и других сторон чжень-цзю-терапии не могут быть изложены в данной статье, и с ними следует знакомиться по соответствующим монографиям. Здесь же целесообразно осветить лишь механизм действия этого лечебного метода. Китайские

авторы стремятся отнести лечебные точки к определенным анатомическим структурам, преимущественно к нервам и сосудам (5, 3).

Основы механизма действия чжень-цзю-терапии заключаются в реакциях как безусловнорефлекторных, так и условнорефлекторных. Начнем с безусловных рефлексов.

Введение и оставление иглы в тканях покровов тела производит, прежде всего, физическое (механическое) раздражение нервных рецепторов. То же — при вращении иглы, приеме «клёва» и др. Игла при движениях увлекает за собой окружающую ткань, вызывает перемещение ее, что усиливает механическое раздражение. Это заметно и врачу, когда тут же, после введения иглы, ощущается повышенная плотность окружающих иглу тканей, а к концу сеанса иглоукалывания окружающая ткань несколько расслабляется, что можно ощутить при легких боковых движениях иглой. Для усиления раздражения от движений иглы приходится надавливать двумя пальцами на кожу по сторонам от иглы.

Введение иглы в покровы тела прежде всего раздражает кожу. Возникающее раздражение экстерорецепторов кожи является сложным, дифференцированным раздражением. Чем глубже проникает игла в ткани, тем менее дифференцированные рецепторы включаются в общий комплекс раздражения. Глубокие ткани со своими структурными послойными особенностями дают, как это неоднократно установлено, более диффузные, менее очерченные и более инертные ощущения, по сравнению с ощущениями кожных слоев. Конечно, имеются характерные особенности для различных тканей, расположенных в глубине покровов тела, в частности в местах прохождения нервных стволиков, или в местах скопления большого числа рецепторов в сухожилиях, перисте и др. Большая, но не всегда ясная роль принадлежит propriорецепторам скелетных мышц. Эти рецепторы поперечно-полосатых мышц, «мышечные щупалы», по образному выражению И. М. Сеченова, являются не только корректорами производимых человеком активных движений, но и служат основой массы безусловных рефлексов, типа тонических мышечных рефлексов и других, более быстрых тонических реакций, индукционного типа.

Следовательно, при введении иглы речь идет, прежде всего, о роли возникающих соматических нервных импульсов. Эти первичные импульсы, более быстрые и дифференцированные, составляют первичную основу раздражения при чжень-цзю-терапии, к которой присоединяются другие раздражения. На это указывает и характер ощущений больных — они носят соматический нервный характер: больные отмечают локализованные парестезии, онемение, иррадиации. В угоду мнению о преобладающей роли вегетативных нервных ощущений при иглоукалывании (французские, японские авторы (7), совершенно незаслуженно и неправильно была преуменьшена роль соматических нервных ощущений. Это необходимо исправить. Раздражаются соматические нервные рецепторы и соматические нервные волокна, в результате чего возникают необычные импульсы в центростремительном направлении.

Введение иглы включает, кроме соматической иннервации, раздражение вегетативных нервных клеточек и волокон. Речь идет о раздражении околососудистых нервных сплетений и симпатических волокон. Роль вегетативных нервных раздражений увеличивается в связи с продолжительностью нахождения иглы в тканях.

При изложении вегетативных нервных реакций на введение иглы в ткани следует отметить роль так называемых аксон-рефлексов с местным замыканием рефлекса. Возникающие при этом в вегетативных ганглиях афферентные импульсы не поднимаются до нервной клетки, а отражаются тут же, на периферии, на соседних нервных волокнах, проявляясь в эффекторных нервных импульсах. Эти аксон-рефлекторные реакции Соколов — Лэнгли способствуют расширению местных периферических реакций.

Местные рефлексы, околососудистые раздражения и другие рефлекторные изменения при чжень-цзю-терапии протекают с образованием веществ гистаминового ряда. В результате этого происходит расширение капилляров и артериол. Это, в свою очередь, ведет к возбуждению новых рецепторов и к созданию особенностей нейрогуморальных реакций при чжень-цзю-терапии, в частности со свойствами инертного течения реакций. Происходят также изменения ацетил-холинового ряда, а вслед за ними — адреналин-симпатиновые сдвиги.

Таким образом, при чжень-цзю-терапии возникают изменения нейрогуморальной регуляции. В пределах центральной нервной системы протекают реакции безусловнорефлекторного типа и замыкаются на различных уровнях: в пределах спинномозговой дуги, стволовой части, гипоталамической области, подкорковых узлов.

Помимо соматических и вегетативных рецепторов и нервных волокон, включаемых в комплекс раздражения на месте введения иглы, отдельные авторы учитывают и другие факторы: тепловые, электрические и др. Начальные, «пусковые» раздражения постепенно сглаживаются, а другие, более диффузные, инертные механизмы начинают приобретать большее значение.



Рис. 3.
Механизм действия чжень-цзю-терапии.

В связи с безусловнорефлекторными реакциями при чжень-цзю-терапии возникают и реакции условнорефлекторного типа как следствие сочетания процесса лечения с другими факторами.

Прежде всего, большое значение имеет влияние самого врача на больного. Умелое направление, «руководство» возникающими у больного ощущениями со стороны обладающего опытом врача импонирует больному и создает положительный эмоциональный фон для проведения чжень-цзю-терапии. Приближение лечебного эффекта к моменту исследования больного также является существенным фактом: больной исследуется врачом и тут же получает лечебную помощь, не идет для этого в какой-либо лечебный кабинет, аптеку и т. п. Образование этих условнорефлекторных связей облегчает лечебное действие. В том же направлении может действовать обстановка, в которой производится иглоукалывание, в частности удобный организованный кабинет.

Наконец, мнение больных, получивших облегчение от иглоукалывания, также производит влияние на больного. Учитывая, что чжень-цзю-терапия обычно дает благоприятный эффект у функциональных больных, а последние охотно делятся с окружающими своими ощущениями, изменениями болезненного состояния под влиянием лечения и, таким путем, способствуют распространению благоприятного мнения о чжень-цзю-терапии. А благоприятное восприятие лечебных процедур, доверие больного к врачу является важным фактором для лечения, тем более, что введение иглы не должно быть болезненным.

Для оценки получаемых результатов от чжень-цзю-терапии необходимо учитывать подготовку врачей по этому разделу лечения и длительность подготовки. Конечно, в КНР имеются наибольшее знание и наибольший опыт в применении чжень-цзю-терапии. Мне приходилось видеть очень искусных в производстве иглоукалывания китайских врачей, имеющих 50-летний и более опыт лечения. Вполне понятно, что и эффективность лечения в КНР является более значительной. Об этом можно судить по китайской литературе: Чжу-Лян, Вэй Жу-шу, Цзинь Синь-чжун и др.

В странах Азии иглоукалывание известно довольно широко. В Советском Союзе мы только начинаем осваивать технику, накапливаем первоначальный опыт лечения. Поэтому нужно быть особенно требовательным к освоению техники. Для ведения этого лечения следует выделять врача и медицинскую сестру, которые проводят лечение в специально отведенном кабинете. Понижение требований к проработке техники и изучению имеющихся теоретических сведений ведет только к подрыву китайских лечебных способов. Я видел врачей, применяющих иглоукалывание и, в то же время, мало знакомых с практикой и теорией чжень-цзю-терапии, однако, уже претендующих на дальнейшее улучшение и развитие иглоукалывания.

В Советском Союзе уже накоплен некоторый материал по лечению больных китайскими способами (Москва, Казань и др. города). В неврологической, оториноларингологической литературе появились статьи А. П. Касаткиной и З. М. Брянцевой (2), Сюй Ин-янь (3). Вышла монография Цзинь Синь-чжун «Китайская народная медицина» (4). Медгизом издается перевод книги Чжу-Лян «Новое руководство по иглоукалыванию и прижиганиям» (5). В Казани намечена к выпуску моя монография: «Метод китайского иглоукалывания». В настоящем изложении мы остановимся на некоторых показаниях и результатах иглоукалывания.

В отношении лечения нервных заболеваний можно констатировать вполне удовлетворяющий эффект от применения чжень-цзю-терапии. Начнем с периферических заболеваний.

Пояснично-крестцовые радикулиты дают положительный эффект в среднем около 60% числа этих больных. У больных с преобладающим болевым синдромом был получен особенно заметный результат. Во время сеанса иглоукалывания болевые ощущения, как правило, прекращались. В противоположность этому, отсутствие эффекта или мало эффекта было констатировано у больных с более тяжелой картиной болезни: атрофией, арефлексией, чувствительными выпадениями.

Шейно-грудные радикулиты так же дали хороший результат лечения, преимущественно в случаях, где главенствует болевой синдром. Различные комбинации шейно-грудного радикулита, в частности с плечевым периартритом, не дали заметного эффекта.

При невралгии тройничного нерва получен благоприятный лечебный эффект в половине случаев, где наступило ослабление и разрежение приступов. Во время нахождения иглы в тканях боли обычно исчезают. Получаемый результат может быть очень ободряющим. Но в ряде случаев лечебного эффекта не было.

Параличи лицевого нерва не дали заметного улучшения при иглоукалывании.

Лечение полиневритов с нарушениями чувствительности, рефлексов и движения принесло только уменьшение болей.

При сирингомиелии не было получено лечебного эффекта. Импотенции, спинального органического характера, не получали улучшения после чжень-цзю-терапии. Наоборот, при функциональной основе импотенции имелся положительный результат. Однако, иногда и при органической импотенции удавалось получить некоторое улучшение.

При лечении церебральной сосудистой гемиплегии заметных результатов не было. Некоторый эффект наблюдался при выраженной мышечной гипертонии в сторону уменьшения мышечного тонуса при условии длительного пребывания иглы в тканях.

Больные с постэнцефалитическим паркинсонизмом имели только преходящий эффект после чжень-цзю-терапии. При комбинировании основных внепирамидных признаков с болевыми признаками были получены более заметные результаты. Из гиперкинезов двусторонний лицевой гиперкинез заметно улучшился. У больного с двусторонней кривошеей сначала, после 2—3 сеансов, заметно улучшилось состояние, но потом возобновились тонические спазмы. У больного писчим спазмом был получен благоприятный результат.

Чжень-цзю-терапия принесла положительный эффект в среднем в 60% у больных, страдающих головными болями. Учитывая их различную этиологию и патогенез, можно сказать, что наилучший эффект имеется при головных болях вазопатического характера: вазодилаторного и ангиоспастического. А вазопатические расстройства составляют самую многочисленную группу головных болей. В случае получения эффекта он обычно удерживается длительно, о чем свидетельствуют больные с катamnестическими сведениями на протяжении года и даже более. Головные боли после травмы также дают эффект от иглоукалывания, но менее ободряющий и лишь в половине случаев. Лица с головными болями после церебральных арахноидитов не получали облегчения, или же были отмечены только временные результаты, для чего иногда требовалось повторное лечение.

Дальнейшая разработка вопросов чжень-цзю-терапии при головных болях имеет несомненное практическое значение. Для правильного учета результатов необходимо дифференцировать формы головных болей. Защитные и воспринимающие аппараты (resp.-рецепторы) головного мозга реагируют не только на непосредственно действующие на них вредности, но также и на раздражения и близких к головному мозгу,

и отдаленных органов, заболевания которых сопровождаются церебральными ощущениями; церебральные рецепторы реагируют и на раздражения, возникающие вследствие общих тяжелых заболеваний, инфекций, интоксикаций, и, наконец, при невротических срывах нервной деятельности. В связи с формой головной боли должна изменяться и чжень-цзю-терапия.

В отношении бессонницы положительные результаты исчисляются в половине случаев. Хотя больные нередко засыпают во время сеанса чжень-цзю-терапии, лечение бессонницы сложно и зависит от формы бессонницы. Лучшие результаты были получены при бессоннице подкоркового типа; а при «бегах мысли» (корковая бессонница) — результаты хуже. Бывает и так, что начальный положительный эффект затем исчезает. Противоположное состояние — сонливость — может улучшиться при лечении иглоукалыванием (применяется, конечно, другой способ раздражения иглой).

Функциональные заболевания нервной системы в большинстве случаев смягчаются. Улучшение функциональных нарушений после чжень-цзю-терапии особенно заметно у недавно заболевших больных. Обычно эти больные чувствуют себя лучше после двух — трех процедур.

Параллельно облегчаются имеющиеся у больных вегетативные, висцеральные синдромы. В частности, приходилось наблюдать нейродермиты, значительно улучшавшиеся после чжень-цзю-терапии. В одном случае улучшение произошло у больного, до этого длительно и безрезультатно лечившегося.

Таким образом, осваивая иглоукалывание, мы получаем новый для нас метод лечения больных, метод, приносящий ободряющие результаты. Он требует дальнейшего применения и изучения, в частности в отношении характера раздражения иглой, длительности пребывания иглы в покровах тела и др. Но, конечно, чжень-цзю не является панацеей, а должна входить в общий план комплексного лечения больного.

Применение и изучение чжень-цзю-терапии, а потом и возможное дальнейшее развитие этого китайского метода лечения — одно из проявлений той большой, нерушимой дружбы, которая объединяет наши народы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подшибякин А. К. Физиол. журн. СССР, 41, 3, 1955. — 2. Касаткина А. П. и Брянцева З. М. Журн. невр. и псих. им. С. С. Корсакова, 1958, 10. — 3. Сюй Ин-янь. Вест. оториноларингологии, 1958, 6. — 4. Цзинь Синь-чжун. Китайская народная медицина. Издание «Знание», Москва, 1958. — 5. Чжу-лянь. Новое руководство по иглоукалыванию и прижиганиям. Пекин, 1955. На китайском языке. — 6. Maskensie. Symptoms and their interpretation. London, Shaw and Sons, 1922.

Поступила 14 декабря 1958 г.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Проф. Р. Г. Межебовский

Из кафедры госпитальной терапии Оренбургского медицинского института

Патогенез легочно-сердечной недостаточности и по настоящее время не представляется достаточно ясным. Среди многих факторов существенное значение в патогенезе легочно-сердечной недостаточности следует придавать и нервным влияниям, вызывающим сужение сосудов системы легочной артерии и, вследствие этого, гипертонию малого круга (Б. П. Кушелевский, А. Г. Дембо). Последняя уже вторично

может вести к развитию атеросклероза системы легочной артерии (Н. Н. Аничков, А. И. Абрикосов). С другой стороны, изменения артериального давления в малом круге кровообращения рефлекторно вызывают нарушения функции коронарных артерий сердца (М. С. Вовси).

Таким образом, к изменениям правого сердца при хронических заболеваниях легких ведут и морфологические изменения в сосудах малого круга и нервно-рефлекторные влияния на эти сосуды.

При эмфиземе легких и пневмосклерозе создаются условия, увеличивающие нагрузку в работе правого сердца. Условия эти следующие:

1) распространенная деструкция межальвеолярных перегородок способствует облитерации капилляров; 2) усиленный кашель, нередко наступающий в виде пароксизмов, повышает артериальное давление в легочных капиллярах; 3) инспираторное расширение грудной клетки увеличивает сопротивляемость току крови через легкие.

Эти три фактора, повышая потребность в работе правого сердца, вызывают гипертрофию и тоногенную дилатацию правого желудочка. Таким образом, достигается компенсация недостаточности кровообращения и дыхания. Гипертрофия длительное время может ограничиваться трабекулярными мышцами (А. В. Рывкинд, С. С. Вайль). Гипертрофированный правый желудочек в течение многих лет преодолевает сопротивление в малом круге кровообращения. Нередко это сопротивление увеличивается вследствие развития в артериях малого круга атеросклероза. В дальнейшем компенсаторные изменения в правом желудочке становятся источником декомпенсации. А. Г. Дембо подчеркивает большую роль в патологии легочно-сердечной недостаточности эмоциональных напряжений, способствующих развитию атрофических изменений в сердце. Некоторую роль в развитии декомпенсации играет нарушение функции артерно-венозных анастомозов (А. С. Рывкинд).

Чаще всего причиной непосредственной декомпенсации является острый воспалительный процесс в системе органов дыхания (пневмония, бронхит). Нередко причина наступающей сердечной недостаточности при эмфиземе легких остается неясной. Возможно, что тут играют роль сопутствующие явления в коронарных сосудах.

Развитие легочно-сердечной недостаточности в некоторых случаях проходит без предшествующей гипертрофии правого желудочка и на фоне изменений в левом желудочке. Это объясняется неблагоприятным влиянием на миокард артериальной гипоксии, как правило, развивающейся при хронических заболеваниях легких. По М. Я. Арьеву и Е. Л. Карцевой, такая гипоксия нарушает нормальное снабжение кислородом всего организма и ведет к гипоксии миокарда, проявляющейся в эксперименте дегенеративными изменениями в сердечной мышце. В этом же направлении влияет инфекция легочных путей (З. А. Гастева, В. Ф. Зеленин). Таким образом, в патогенезе легочно-сердечной недостаточности сочетаются два фактора: гипоксия сердечной мышцы и утомление ее.

Особенного внимания требует к себе то обстоятельство, что гипоксия, возникающая при хронических заболеваниях легких, представляет собою раннее нарушение. Развиваясь в результате нарушения механизма внешнего дыхания и последующего нарушения артериализации крови, гипоксия ведет в дальнейшем к гиперкапнии, так как выделение углекислоты легкими с прогрессированием заболевания также страдает (Д. М. Зислин, Д. Ричардс).

Хроническое легочное сердце в своей эволюции проходит ряд стадий: 1-я стадия — латентная дыхательная недостаточность; 2-я стадия — выраженная дыхательная недостаточность; 3-я стадия — дыхательная недостаточность со скрытой недостаточностью кровообращения, и 4-я стадия — легочно-сердечная недостаточность.

Возникшая легочно-сердечная недостаточность имеет неуклонно прогрессирующее течение. Поэтому прогноз при развитии сердечной недостаточности у легочного больного значительно хуже, чем при нарушениях кровообращения, обусловленных ревматическим поражением сердца или гипертонической болезнью.

Лечение хронической легочно-сердечной недостаточности проводится с учетом ее стадии, наличия инфекционного процесса в легочных путях, этиологии заболевания и состояния сердечной мышцы. Лечебные мероприятия должны иметь своей задачей: 1) уменьшение общей гипоксии организма и миокарда; 2) восстановление функции сердечной мышцы; 3) борьбу с инфекционным процессом в сфере легочного тракта и 4) восстановление проходимости бронхиального дерева. Последнее особенно подчеркивается Б. Е. Вотчалом.

Существеннейшим звеном лечения легочно-сердечной недостаточности

является борьба с гипоксией. Наиболее эффективный метод борьбы с гипоксией — оксигенотерапия. Если она применяется систематически, особенно в сочетании с сердечными глюкозидами, то оказывает благоприятный эффект. Но следует подчеркнуть, что этот эффект гораздо более выражен при третьей стадии хронического легочного сердца, то есть когда имеются выраженные явления легочной недостаточности, а сердечная недостаточность находится в латентном состоянии, проявляясь при физической нагрузке или под влиянием каких-либо других моментов, отягощающих работу сердца. Иногда оксигенотерапия вызывает отрицательный эффект.

Некоторые авторы (К. Девис и К. Денон) указывают, что при тяжелой эмфиземе легких с явлениями выраженного фиброза длительно применяемая оксигенотерапия может вызывать кому. Ф. Ловежой, П. Джу и Р. Най объясняют этот, на первый взгляд парадоксальный, факт следующим образом: при далеко зашедшей эмфиземе легких и фиброзе нарушена вентиляционная функция легких, напряжение углекислоты в артериальной крови повышено. Дыхательный центр приспособляется к высокому напряжению CO_2 в крови. Респираторные импульсы у этих больных обуславливаются частично под влиянием гипоксии, на хеморецепторы аортальной и каротидной зон. Длительная кислородная терапия, снижая гипоксические импульсы, ведет к дальнейшей гиповентиляции и накоплению CO_2 (гиперкапнии). С целью уменьшить задержку CO_2 в организме указанные авторы рекомендуют создавать механическую вентиляцию с помощью респиратора. Пребывание больных с легочно-сердечной недостаточностью в течение нескольких дней в респираторе ведет к устранению избытка CO_2 и позволяет применять кислород для устранения тяжелой гипоксемии.

Изучение патофизиологии легочно-сердечного синдрома позволяет наметить пути к выделению тех форм недостаточности, при которых можно ожидать положительного эффекта от кислородной терапии. П. Россье и О. Бюльман указывают, что при легочно-сердечной недостаточности встречаются две различных формы гипоксемии. В одних случаях гипоксемия является результатом альвеолярной гиповентиляции. У этих больных наблюдается понижение напряжения кислорода и повышение содержания углекислоты в альвеолах, давление в малом круге всегда повышено. Вдыхание кислорода уменьшает напряжение углекислоты, повышает напряжение кислорода и ведет к выраженному снижению давления в малом круге.

В других случаях (при распространенном легочном фиброзе, силикозе, диффузном стенозирующем поражении легочных артерий и их ветвей) артериальная гипоксемия, даже в состоянии покоя, сопровождается уменьшением напряжения углекислоты. Гипоксемия у таких больных не является результатом альвеолярной недостаточности, а возникает вследствие повышения градиента альвеолярного капиллярного напряжения кислорода. Другими словами, здесь имеется нарушение диффузии, или альвеолярный блок. Вдыхание кислорода не оказывает заметного влияния на давление в малом круге кровообращения и не улучшает состояния больного. Разграничение этих форм может до известной степени быть осуществлено с помощью физической нагрузки. Под влиянием последней у больных с альвеолярной недостаточностью увеличивается минутный объем дыхания и повышается потребление кислорода, напряжение газа в альвеолах и артериальное давление остаются стабильными.

Иная картина наблюдается у больных с нарушениями процесса диффузии. У них физическая нагрузка существенно не увеличивает минутного объема дыхания, давление в легочной артерии повышается, напряжение кислорода в тканях снижается резко, значительно нарастает ар-

териовенозная разница. В практических условиях точная дифференциация различных по генезу гипоксемии форм легочно-сердечной недостаточности трудна. Такие критерии, как индекс вентиляционный, минутный объем дыхания и артериовенозная разница не всегда доступны. Поэтому в обычных условиях применение кислорода должно производиться с учетом реакции больного при первом же сеансе (общее самочувствие, дыхание, пульс).

Длительного вдыхания кислорода следует избегать, чтобы не вызывать алкалоза и наркоза от углекислоты. Кислород следует применять с перерывами, пользуясь низкими его концентрациями, с постепенным увеличением до 50%. В тяжелых случаях лучше давать кислород под положительным давлением.

Для достижения второй задачи — восстановления функции сердечной мышцы — показано применение сердечных гликозидов. Следует отметить, что эффект последних при легочно-сердечной недостаточности гораздо слабее, чем при недостаточности на почве ревматического порока сердца или гипертонической болезни. Тем не менее, в ряде случаев все-таки может быть положительный эффект. При умеренно выраженных нарушениях кровообращения, а также при латентной недостаточности, в третьей стадии легочного сердца показано применение горичвета, при тяжелой форме — строфантина и его заменителей (эризиды, коргликона и др.). Имеются указания, что препараты ландыша, например, конваллотоксин, более эффективны при легочно-сердечной недостаточности. П. Уленбрук объясняет это избирательным действием конваллотоксина на правое сердце. Достаточных клинических наблюдений в этом направлении пока еще не имеется. Клинический опыт показывает, что при выраженной легочно-сердечной недостаточности даже самые мощные по своему систолическому действию сердечные гликозиды оказываются мало эффективными. Объясняется это тем, что в основе этой формы недостаточности лежат не только процессы утомления, но и тяжелая гипоксия.

Наряду с сердечными гликозидами при легочно-сердечной недостаточности показаны ртутные мочегонные (меркузал) и гипохлоридная диета с ограничением жидкости. В последние годы некоторые авторы стали применять, вместо ртутных мочегонных, диамокс (диакарб). Последний оказывает при легочно-сердечной недостаточности особенно благоприятный эффект (В. Шварц, А. Рельман, А. Лиф). У больных с легочно-сердечной недостаточностью запас бикарбонатов в плазме выше, чем в норме. Диакарб, уменьшая реабсорбцию бикарбонатов плазмы, усиливает выделение мочой ионов Na , HCO_3 и K и выделение воды.

Применение морфина, пантопона и других наркотических средств при хронической легочно-сердечной недостаточности противопоказано. Больные эти отличаются повышенной чувствительностью к препаратам морфина. Снижая кашлевой рефлекс, морфин может вызвать остановку дыхания.

При выраженном цианозе в некоторых случаях неплохой эффект оказывает кровопускание. Но к последнему следует прибегать только в тех случаях, когда у больного имеется повышенное содержание эритроцитов в крови — эритроцитоз. Массивные кровопускания по 300 мл, повторяемые 2—3 дня подряд с последующим введением глюкозы, дают, по А. Врису и Г. Фриду, желательное улучшение.

Для улучшения легочной вентиляции и повышения артериализации крови, протекающей через легкие, Р. Гейлиг, Б. Мител и Р. Черма, Г. Денолин и М. Сигел рекомендуют применять пневмоперитонеум. Воздух вводится в брюшную полость в количестве 200—2000 мл, иногда повторно. Из 12 больных, леченных ими таким способом (другие лечеб-

ные средства в это время не применялись), у 11 наблюдалось значительное улучшение: быстро уменьшались одышка и тахикардия, уменьшался венозный застой, отеки, кашель. Рентгенологически определялось уменьшение размеров сердца и расширенного конуса легочной артерии. Жизненная емкость легких увеличивалась, отрицательные зубцы T_2 и T_3 переходили в положительные, восстанавливались дыхательные движения диафрагмы. Положительные результаты лечения нередко сохранялись в течение нескольких месяцев без какого-либо другого лечения. Осложнение при пневмоперитонеуме наблюдалось только в одном случае.

Мы применили этот метод лечения у трех больных с легочно-сердечной недостаточностью. У двух больных он дал прекрасный результат, между тем как обычные мероприятия (кислород, сердечные гликозиды и меркузал) оставались безрезультатными. Сошли отеки, резко уменьшился цианоз, больные приобрели способность самостоятельно передвигаться.

Конечно, нельзя на основании столь незначительного материала делать какие-либо выводы. Нужны дальнейшие наблюдения над эффективностью этого метода при различных вариантах легочно-сердечной недостаточности. Следует все-таки вспомнить, что стремление увеличить подвижность диафрагмы, лежащее в основе этого метода, несомненно, обосновано. А. Г. Савиных в 1948 году обнаружил, что после широкой диафрагмокруротомии, то есть после пересечения ножек диафрагмы, у больных с эмфиземой увеличиваются дыхательные экскурсии диафрагмы и, следовательно, восстанавливается ее физиологическая респираторная функция. В связи с этим у больных резко снижаются и даже исчезают явления легочно-сердечной недостаточности. Пневмоперитонеум гораздо меньше травмирует больного и, несомненно, проще ведет к той же цели, что и диафрагмокруротомия.

Так как у больных с легочно-сердечной недостаточностью имеется склонность к спастическим явлениям со стороны бронхов, как это наблюдается при бронхиальной астме, показано применение средств, расширяющих бронхи. Нужно при этом иметь в виду, что вещества адреналового ряда повышают артериальное давление в малом круге кровообращения. Поэтому, применяя их, нужно соблюдать большую осторожность. Лучше для этих целей пользоваться эуфилином. Последний сочетает в себе спазмолитические, бронхолитические и мочегонные свойства и в силу этого оказывает благоприятный эффект при легочно-сердечной недостаточности. Предпочтительнее для этого вводить его внутривенно.

Всегда нужно бороться с инфекцией легочно-бронхиальных путей, усиливающей гипоксемию и ухудшающей работу сердечной мышцы. Для этих целей применяются антибиотики и сульфаниламиды.

Таким образом, для лечения легочно-сердечной недостаточности применяется комплекс мероприятий, включающий, как правило: 1) кислород; 2) строфантин или его заменители; 3) меркузал или диакарб; 4) эуфилин. В показанных случаях в этот комплекс включаются антибиотики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьев М. Я. и Карцева Е. Л. Клин. мед., 1947. — 2. Вотчал Б. Е. Тр. XIII съезда терапев., 1949, 249—251. — 3. Гастева З. А. Клин. мед., 1947, 4, 52—58. — 4. Дембо А. Г. Опыт сов. мед., 1950, 21—22, 155—172. — 5. Зеленин В. Ф. Сов. мед., 1947, 11, 8—11. — 6. Зислин Д. М. Сб. Легочно-серд. недостаточн. Свердл., 1947, 26—51. — 7. Кушелевский Б. П. Там же. — 8. Моисеев С. Г. Тезисы I конф. терапев. Поволжья, 1957. — 9. Рывкин А. В. Клин. мед., 1944, 12, 30—35. — 10. Савиных А. Г. Клин. мед., 1947, 7, 22—30. — 11. Davies C., Mc. Kinnon. Lancet, 1949, 267, 6585, 883—885. — 12. Denolin H. Verk. Dtsch. Gesell. Kreisf. 1955, 217—279. — 13. Donzello P., Nogrette P. et Castell J. Sem. hop. Paris, 1952, 28, 33, 1394—1404. — 14. Heilig R., Mital B., Charma R. Ind. med. Ass. 1953, 22, 10, 400—413. — 15. Lovejoi F., Nje R. and

Ju P. Am. J. Med. 1954, 16, 1, 9—11. — 16. Richards D. Bull. N.-York Ac. Med. 1950, 26, 384. — 17. Rossier P. and Bühlmann A. Cardiologia, 1954, 25, 2—3, 132—146. 18. Reiman A., Leaf A. and Schwartz W. N-Engl. J. Med. 1954, 250, 800. — 19. Ulenbruck P. Dtsch. med. Wschr. 1954, 46, 1718—1723. — 20. Vries A., Fried M. and Herz H. Cardiologia, 1950, 16, 3.

Поступила 17 июня 1958 г.

К ВОПРОСУ О ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ СИСТЕМЫ¹

(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Канд. мед. наук М. Х. Чудина

Из кафедры госпитальной терапии (зав. — проф. А. Г. Терегулов)
Казанского медицинского института

В данном сообщении ставится задача осветить ценность оксигеометрического метода в комплексе функциональных проб, применяемых в диагностике легочно-сердечной недостаточности.

Не вдаваясь в подробный обзор литературы, ограничимся освещением лишь отдельных работ, имеющих отношение к нашим исследованиям.

В. И. Войткевич, изучая влияние физических нагрузок на насыщение крови кислородом при вдыхании газовой смеси с 17, 15% кислорода установил, что легкая физическая нагрузка не сопровождается изменением насыщения крови кислородом, количество которого иногда даже повышается. При содержании же в смеси 13% кислорода физическая работа, даже малой интенсивности, вызывает снижение кислородного насыщения крови.

Во второй серии наблюдений автор совместно с Д. Я. Шурыгиным провел оксигеометрические исследования у 23 больных с заболеванием сердца и у 8 с базедовой болезнью. При задержке дыхания в покое падение насыщения кислородом крови у больных наступало через 40—50 секунд и восстанавливалось в течение 10—20 секунд.

У больных с поражением сердца при пробе с задержкой дыхания в покое гипоксемия наступала на 20—30 секунде. При задержке дыхания после ходьбы гипоксемия была выражена значительно и наступала еще быстрее.

У тех же больных дозированная мышечная нагрузка в форме одноступенчатой пробы также вызывала снижение кислородного насыщения крови на 1—4% с восстановлением исходной величины через $\frac{1}{3}$ —4 минуты.

По Б. Ф. Антелидзе и В. В. Медведеву, проводивших оксиметрические наблюдения у 85 больных с недостаточностью кровообращения, градиент гипоксемии зависит от состояния резерва внешнего дыхания и от скорости мобилизации «резервных сил».

Аналогичные данные получил Г. Л. Брегвадзе, применивший оксигеометрию у гипертоников.

В течение ряда лет мы занимались вопросами изучения функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы с применением пробы Мастера² в сочетании с электрокардиографией.

Опыт показал, что двуступенчатый метод Мастера прост, сравнительно легко выполним и обеспечивает объективные результаты.

Противопоказанием к проведению пробы являются лишь такие заболевания сердца, как острые миокардиты, стенокардия покоя и инфаркт миокарда, декомпенсированные пороки сердца, легочная недостаточность сердца.

¹ Доложено на научной конференции КГМИ 23/III 1957 г.

² Диссертация на соискание степени канд. мед. наук «Резервная сила сердца и функциональные пробы», Казань, 1950 г.

В данной серии исследований под наблюдением было 84 человека: «контрольных» — 12, с хроническими воспалительными заболеваниями легких — 24, с явлениями легочной недостаточности сердца — 7, с коронарной недостаточностью — 24, нейроциркуляторной дистонией — 14, и с прочими заболеваниями — 3.

Все больные подробно исследовались с помощью обычных клиничко-лабораторных и инструментальных методов. Насыщение крови кислородом определялось методом оксигеметрии до, во время и после двуступенчатой пробы по Мастеру. Регистрировались пульс, артериальное давление, а у ряда больных и электрокардиограмма. Ритм дыхания изучался пневмографически, резерв легочной вентиляции определялся спирометрически. В контрольной группе и у больных с хроническими заболеваниями легких параллельно с оксиметрией проводилась проба с задержкой дыхания по Штанге.

В контрольной группе было 12 человек в возрасте от 16 до 25 лет. Исходный пульс был 72—80, артериальное давление в пределах: максимально — 120—95, минимально — 80—65.

Резерв легочной вентиляции колебался от 4 700 мл до 2 500 мл. Продолжительность задержки дыхания по Штанге у 11 лиц от 72 до 50", и лишь у одного 76", насыщение крови кислородом в покое в пределах нормы — 96—95%.

Проба Штанге сопровождалась снижением кислородного насыщения крови до 88—93% в зависимости от длительности задержки дыхания. Однако, у всех исходный уровень восстанавливался через 15—20".

Проба Мастера (24—26-кратное, в соответствии с возрастом и весом испытуемого, восхождение по двуступенчатой лесенке в течение 1,5') у всех приводила к повышению насыщения крови кислородом на 1—2%.

Затем были подвергнуты исследованию больные с заболеваниями органов дыхания без признаков легочной недостаточности. В эту группу вошли больные с хроническими бронхитами, плевральными сращениями, остаточными явлениями очаговой пневмонии (9), с фиброзным туберкулезом легких (9), 4 — с ограниченным солитарным абсцессом легкого, и двое с бронхокарциномой.

Из 24 больных данной группы 10 человек были в возрасте от 18 до 40 лет и 14 старше 40 лет. Пульс в покое колебался в пределах 76—90. Кровяное давление — максимальное — 100—110, минимальное — 60—55. Пневмографически лишь у 12 больных зарегистрировано учащение ритма дыхания. Показатели спирометрии в пределах 5000—2600 мл. Задержка дыхания по Штанге — от 20 до 78".

Оксиметрически снижение кислородного насыщения крови было констатирувано у 10 (до 93—90%); у остальных 14 оно было в пределах нормы. При пробе с задержкой дыхания, в зависимости от длительности её кислородное насыщение крови падало на 2—3%. Возврат к исходным данным наступал через 20—30".

Двуступенчатая проба по Мастеру была проведена у 14 больных. В процессе 18—26 восхождений за 1,5' — кислородное насыщение крови у 10 понизилось на 1—3% и у 4 больных повысилось в этих же пределах. Возврат к исходному оксиметрическому показателю наступал через 6—8 мин.

Таким образом, у 10 больных без клинических признаков легочной недостаточности была констатирувана латентная функциональная неполноценность легочно-сердечной системы.

Группа больных с легочным сердцем была подвергнута оксигеметрическому исследованию для уточнения ценности самого метода оксиметрии как функционального теста. Само собой разумеется, нагрузочная проба этим больным не проводилась.

Наряду с типичными физикальными данными, у всех больных пульс

был учащен до 88—96. Артериальное давление было резко сниженным (максимальное — 90—80, минимальное — 60—45, чаще с малым пульсовым давлением). Спирометрия у 3 больных не превышала 2300 мл. Задержка дыхания по Штанге выражалась в 15—18". Оксиметрические показатели были сниженными до 80—82%.

Поскольку насыщение артериальной крови кислородом зависит не только от эффективности легочного газообмена, но и от состояния кровообращения в малом кругу, мы подвергли исследованию 7 больных с инфарктом миокарда в подострой стадии (у двух была хроническая аневризма сердца) и 17 со стенокардией усилия.

В возрасте от 30 до 40 лет было трое, от 40 до 50 лет — 7, от 50 до 60 лет — 12, и старше 60 лет — 2 человека.

Среди больных с инфарктом миокарда у 3 из 7 при частоте пульса от 72 до 92, нормальном артериальном давлении и нормальной пробе Штанге — (40—50"), насыщение крови кислородом оказалось в пределах 94—92%. У остальных четырех при сравнительно удовлетворительном общем состоянии (за исключением одного с хронической аневризмой сердца и декомпенсацией сердечной деятельности) пульс был в пределах 70—90, артериальное давление незначительно снижено, проба Штанге у двух — 36" и у двух — лишь 19". Характерным оказалось для всех этих больных резкое снижение насыщения артериальной крови кислородом — на 6—12% против нормы, то есть до 85—90%.

Такое заметное снижение кислородного насыщения крови у этих больных мы склонны объяснить нарушением нервно-рефлекторного механизма легочного газообмена, обусловленным в какой-то мере длительным пассивным положением больного на спине. Данное обстоятельство, нам кажется, заслуживает внимания при назначении режима больному инфарктом миокарда.

В состоянии покоя, при исключении какого-либо физического напряжения, функциональные тесты у больных с хронической коронарной недостаточностью могут быть и вполне удовлетворительными.

Однако, физическая нагрузка, даже незначительная, уже сопровождается у ряда коронарных больных признаками ограничения функционального лимита сердечно-легочной системы.

В этом мы лишний раз убедились при исследовании 17 больных коронарной недостаточностью в возрасте от 35 до 60 лет. При общем удовлетворительном состоянии пульс в покое был 64—84, артериальное давление — максимальное — 140—110, минимальное — 70—50. Задержка дыхания по Штанге у 5 больных — 45—50", у 8 — 30—40", и у 4 — 18—20". Насыщение крови кислородом в покое у 3 больных — 90—91%, у 5 — 92—93%. У 6 насыщение крови кислородом было нормальным — 94—95%.

После пробы по Мастеру было констатировано снижение оксиметрического показателя на 1—2% у 5 больных, повышение на 2% — у 4, запоздалое снижение — у 3; у 5 больных оксиметрический показатель остался прежним. Возврат к исходным данным наступал на 4—8', а у некоторых больных на 10—12 минуте.

Электрокардиографические изменения были констатированы у 10 этих больных из 17. У 7 была переходящая депрессия сегмента S—T в стандартных и грудных отведениях, у 2 больных инверсия зубца T, и у одного появились желудочковые экстрасистолы, исчезнувшие в период отдыха после нагрузки.

Таким образом, у 10 больных из 17 с хронической коронарной недостаточностью была обнаружена латентная функциональная недостаточность сердечно-легочной системы.

В последней серии наблюдений, у лиц с нейроциркуляторной дисто-

нией, показатели нагрузочной пробы оксиметрии и электрокардиографии оказались весьма лабильными. Очевидных признаков латентной недостаточности сердечно-сосудистой системы у этих больных не было констатировано.

ВЫВОДЫ:

1. Оксигемометрия в комплексе нагрузочных функциональных проб является важным объективным показателем функции легочно-сердечной системы.

2. Комплексный метод изучения резерва легочно-сердечной системы, примененный в нашей работе, является выгодным при коронарной недостаточности и заболеваниях легких с ранними фазами легочно-сердечной недостаточности. Нам кажется, что он может быть полезным и при исследовании больных, нуждающихся в торакальных операциях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелидзе Б. Ф., Медведев В. В. Тер. арх., 1956, в. 2, стр. 3—9.— 2. Брегвадзе Г. Л. В кн.: Тезисы докл. научной сессии к X-летию ин-та клинической и эксперимент. кардиологии АН Грузинской ССР, 1956, Тбилиси, стр. 18—19.— 3. Войткевич В. И. Физиол. журн. СССР, 1955, 2.— 4. Войткевич В. И., Шурыгин Д. Я. Тер. арх., 1953, в. 5, стр. 29—34.— 5. Малова М. Н. Дисс., Л., 1954.— 6. Малова М. Н. Клин. мед., 1955, стр. 91.

Поступила 2 июля 1958 г.

О ДИАГНОСТИКЕ АНЕВРИЗМ СЕРДЦА

Доц. А. М. Токарева

Из клиники пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков)
Куйбышевского медицинского института

Вопросы клиники данного заболевания разрабатывались нами на основании изучения 35 больных с аневризмой сердца, находившихся в терапевтических клиниках Куйбышевского медицинского института и других лечебных учреждениях за период с 1950 по 1956 годы.

Из этого числа под нашим личным наблюдением было 15 человек, из них у 14 диагноз был поставлен прижизненно, у 5 умерших подтвержден секцией.

Мужчин было 30, женщин — 5. Возраст больных был от 40 до 72 лет.

Из 35 больных мы наблюдали острую аневризму у 2 больных, а у остальных аневризма сердца была хронической.

По литературным данным (А. И. Казем-Бек, Р. А. Лурия и др.), наиболее характерными клиническими признаками хронической аневризмы сердца являются: инфаркт миокарда или частые приступы стенокардии в прошлом, стойкая недостаточность кровообращения, увеличение размеров сердца, глухость тонов сердца, сочетание мощного сокращения левого желудочка со слабым артериальным пульсом (А. И. Казем-Бек), систолический шум у верхушки, иногда нарушение ритма и темпа сердца, пульсация в 3 и 4 межреберье слева по парастернальной линии или между срединно-ключичной и парастернальной линиями. Иногда отмечаются длительные повышения температуры и эмболические явления. Эти осложнения, по мнению В. Е. Незлина и других авторов, связаны с тромбами в полости аневризм.

Из 33 больных с хронической аневризмой сердца инфаркт миокарда в анамнезе установлен у 23 больных, у 4 больных отмечались частые

приступы стенокардии, у 6 больных четких данных, свидетельствующих об инфаркте миокарда в прошлом, не было.

У большинства больных после перенесенного инфаркта миокарда возникала недостаточность кровообращения как один из симптомов аневризмы сердца, но у некоторых больных она развивалась не сразу после перенесенного инфаркта миокарда, а спустя некоторый, нередко длительный период времени. В одном случае этот период был равен 2 годам, а в другом — 5. У 5 больных при хронической аневризме сердца не наблюдалось недостаточности кровообращения, и больные в течение длительного времени сохраняли трудоспособность, а аневризма сердца у некоторых из них явилась лишь секционной находкой.

Так, 6-ной Б., 70 лет, в течение всей жизни, кроме воспаления тройничного нерва, ничем не болела. Поступил в хирургическую клинику по поводу перелома 4, 5, 6, 7, 8 ребер слева, левостороннего гемоторакса. Через 3 дня после поступления в клинику он скончался. На секции обнаружена хроническая аневризма левого желудочка в области верхушки диаметром в 5 см.

Больной С., 58 лет, в 1945 г. перенес инфаркт миокарда. До 1953 г. чувствовал себя хорошо, работал, выполняя нетяжелую физическую работу. В 1953 г. после физической нагрузки (колол дрова) наступил повторный инфаркт миокарда, развилась недостаточность кровообращения, присоединилась двусторонняя пневмония, и больной скончался.

На секции обнаружены хроническая аневризма верхушки сердца и свежие инфаркты в области передней и задней стенок левого желудочка.

Из 5 больных с аневризмой сердца без недостаточности кровообращения у 4 аневризма локализовалась в области верхушки, а у одного — в области передней стенки.

Поэтому у нас сложилось впечатление, что аневризма в области верхушки имеет более благоприятное течение и не дает выраженной недостаточности кровообращения.

При исследовании сердечно-сосудистой системы у наших больных было установлено следующее: границы сердца у всех больных были расширены. У 23 больных были глухие тоны, у 12 глухие тоны и систолический шум у верхушки. Нарушение ритма сердца было отмечено у 10, из них у 7 диагностирована мерцательная аритмия, а у 34 — экстрасистолия. Учащение ритма сердца в пределах 90—122 мы наблюдали у 18 человек. Аневризматическая пульсация в 3—4 межреберье слева внутри от срединно-ключичной линии была обнаружена у 7 из 15 больных, лично наблюдавшихся нами.

Большое значение для диагноза имеют ЭКГ-данные.

Так, по мнению О. И. Глазовой, наиболее характерными следует считать следующие изменения: в анамнезе коронарный зубец Т с переходом в дальнейшем в изоэлектрический или плохо выраженный, снижение амплитуды зубцов, увеличение систолического показателя. По мнению З. М. Волынского и И. И. Исакова, для диагностики аневризмы сердца примечательны стойко держащийся патологический зубец Q и коронарный зубец Т. М. Э. Мандельштам, Г. С. Зензинов и другие полагают, что об аневризме сердца можно думать по сохранению инфарктного типа кривой ЭКГ в течение длительного времени (так называемая застывшая ЭКГ).

В. Е. Незлин и Н. А. Долгопоск, дополнительно к обычным отведениям, производили съемку ЭКГ с места аневризматической пульсации, при этом характерно появление зубца Q или QS; кроме этих изменений, в грудных отведениях и в отведениях с места пульсации наблюдается высокое стояние сегмента RS—T. Н. А. Долгопоск, изучая ЭКГ у больных с инфарктом и аневризмой передней стенки левого желудочка, обнаружил следующие возможные варианты изменений ЭКГ, характерные для аневризмы передней стенки левого желудочка:

- 1) патологический зубец Q в отведениях CR 1—2—3—4—5, у некоторых больных с CR₆ и у большинства — одновременно в первом стандартном;
- 2) при патологической пульсации внутри от соска в четвертом межреберье на ЭКГ, снятой с места пульсации, отмечался стойкий зубец QS или глубокий и стойкий зубец Q, при малом зубце R, при отсутствии пульсации стойкий зубец QS в CR 1—2, 3—4, часто одновременно со стойким подъемом сегмента ST в CR — 3, 4, стойкий зубец

QS в CR 1, 2, 3 со стойким подъемом интервала ST в CR 1, 2, 3 в сочетании с глубоким зубцом Q в CR₄;

3) изменения, типичные для аневризмы передней стенки, могут наблюдаться только в 1—2—3 грудных отведениях и с места пульсации.

Из 35 больных с аневризмой сердца ЭКГ-исследование производилось у 30 больных. Из этого числа больных у 29 ЭКГ-картина была типичной для аневризмы сердца, у 21 умершего аневризма сердца подтверждена секцией.

При изучении ЭКГ у наших больных мы обнаружили следующие изменения при аневризме передней стенки левого желудочка: в грудных отведениях изменение комплекса QRS в форме QS, приподнятый сегмент ST, отрицательный зубец T.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни 6-ного К, 61 года. Диагноз: Атеросклероз, склероз коронарных сосудов. Атеросклеротический кардиосклероз. Рубцы после перенесенного инфаркта миокарда. Аневризма передне-боковой стенки левого желудочка. Недостаточность кровообращения II «А» степени.

На ЭКГ от 7/II-55 г. отмечается подъем интервала ST в CR 1—2—3—4—5—6, отрицательные зубцы T в CR 1—2—3—4—5—6, глубокий зубец QS в CR 1—2—3—4—5—6.

При аневризме в области верхушки сердца в пятом, шестом грудных отведениях иногда встречаются, как это отмечает С. В. Шестаков, расположение сегмента S—T ниже изолинии, отрицательный зубец T в 4, 5, 6 грудных отведениях.

В отдельных случаях, при типичных для аневризмы передней стенки изменениях на ЭКГ, на секции мы не находили не только аневризмы, но даже и обширного рубца в области передней стенки.

В одном случае, при наличии на секции аневризмы передней стенки левого желудочка, на ЭКГ не было изменений, характерных для нее. В CR 2, 3, 4, 5, 6 отмечался зубец R, не было зубцов Q и QS, интервал S—T был выше изолинии лишь в CR2.

Перечисленные примеры указывают на то, что ЭКГ-признаки аневризмы сердца, описанные целым рядом авторов, имеют, по-видимому, относительное значение.

Тщательный анализ клинической картины, вместе с данными ЭКГ и рентгенологического исследования, дает возможность правильно распознать аневризму сердца.

Рентгенологическое исследование из 35 больных производилось у 17, причем у 10 больных выявились рентгенологические признаки, характерные для аневризмы сердца.

Из 35 больных с аневризмой сердца умерло 25 человек, выписалось с улучшением общего состояния 10.

На секции была обнаружена следующая локализация аневризмы: в области передней стенки левого желудочка — у 9 человек, в области верхушки — у 6, передней стенки и верхушки — у 4, задней стенки — у одного, передне-боковой стенки — у одного, задне-боковой стенки — у одного, в области задней стенки и верхушки — у одного.

Таким образом, в согласии с литературными данными, наиболее частой локализацией аневризмы сердца являются его передняя стенка и верхушка.

Среди причин смерти больных с аневризмой сердца следует поставить на первое место повторные инфаркты миокарда (у 18 человек), на второе место — недостаточность кровообращения, а затем следуют различные интеркуррентные заболевания. Повторные инфаркты в большинстве случаев локализовались около аневризмы, в стенке аневризмы повторные инфаркты были обнаружены только в трех случаях.

На основании изучения клиники аневризмы сердца у наших больных, мы можем сделать вывод, что опорными пунктами для диагностики аневризмы сердца служат: развитие стойкой недостаточности кровообращения после перенесенного инфаркта миокарда у большинства больных, увеличение размеров сердца, глухость тонов, появление систолического шума у верхушки, иногда нарушение ритма и темпа сердца, появление аневризматической пульсации.

Что касается ЭКГ-данных, то наиболее типичными для аневризмы сердца являются следующие изменения: при аневризме передней стенки левого желудочка — в грудных отведениях изменение комплекса QRS в форме QS, приподнятый сегмент S—T, отрицательный зубец T. При аневризме в области верхушки сердца в пятом, шестом грудных отведениях иногда встречается расположение сегмента S—T ниже изолинии, отрицательный зубец T — в 4, 5, 6 грудных отведениях.

В отдельных случаях, при типичных для аневризмы передней стенки изменениях на ЭКГ, на секции отсутствует не только аневризма, но даже и обширные рубцы в области передней стенки. И наоборот, при обнаружении на секции аневризмы ЭКГ может быть нетипичной.

На основании анамнестических данных и наблюдения за больными, мы считаем, что частой причиной развития аневризмы сердца являлся недиагностированный своевременно инфаркт миокарда, а в связи с этим, неправильный режим больного при обширном некрозе сердечной мышцы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волынский З. М. Новости медицины, 1949, 15, стр. 32—37.
2. Волынский Г. М. и Исаков И. И. Клин. мед., 1949, т. 21, 12, стр. 53—59.
3. Глазова О. И. Клин. мед., 1938, т. 16, 10, стр. 1355—1366.
4. Долгоплоск Н. А. Клин. мед., 1955, т. 38, 1, стр. 29—39.
5. Зензинов Г. С. Тер. арх., 1949, т. 21, 6, стр. 65—77.
6. Коган Б. Б. и Жарковская Т. С. Клин. мед., 1950, т. 28, 11, стр. 30—41.
7. Незлин В. Е. и Долгоплоск Н. А. Тер. арх., 1949, т. 21, 5, стр. 62—70.
8. Нестеров В. С. Тер. арх., 1954, 26, 1, стр. 73—80.
9. Раевская Г. А. Тер. арх., 1948, т. 20, 3, стр. 44—50.
10. Шестаков С. В. Тезисы научной конференции областного общества патологоанатомов с секцией патофизиологов. Куйбышев, 1955, стр. 34—36.

Поступила 3 февраля 1958 г.

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ИЦЕНКО — КУШИНГА

Асс. Н. Т. Старкова

Из клиники эндокринных заболеваний (зав.—проф. Н. А. Шерешевский) Центрального института усовершенствования врачей, на базе эндокринологического отделения б-цы им. С. П. Боткина (главврач — проф. А. Н. Шабанов)

Сложность патогенеза синдрома Иценко — Кушинга затрудняет его раскрытие, необходимое для успешного лечения.

Типичные черты этого синдрома: своеобразный внешний вид больного в связи с полнотой и неравномерным распределением жира (туловище становится тучным), гипертония, остеопороз, нарушение углеводного обмена, аменорея, часто мужской тип роста волос у женщин (гирсутизм). Кожа сухая, выраженные пурпурные стрии.

Сходство клинической картины побудило объединить ряд заболеваний под названием синдрома Иценко — Кушинга.

Многими авторами синдром Иценко — Кушинга объясняется поражением междуточно-гипофизарной области, однако, связать всю разнообразную симптоматику только с изменениями в междуточно-гипофизарной области не удастся. Это заболевание может наблюдаться и при опухолях коры надпочечника, при раке тимуса, при двусторонней гиперплазии коры надпочечников, и без базофильной аденомы гипофиза. С другой стороны, по данным Уилльямса, у 15% умерших больных была обнаружена базофильная аденома гипофиза, и без характерных признаков синдрома. Не имеет существенного значения в возникновении синдрома Иценко — Кушинга глинизация базофильных клеток передней доли гипофиза (Пристли).

В последнее время многие авторы (Ричардс, Уилльямс, Ле-Вин, Пристли) связывают возникновение синдрома Иценко — Кушинга с гиперфункцией коры надпочечников, которая может быть и вторичного характера, то есть вызываться повышенным выделением гипофизом АКТГ.

Первым убедительным доказательством этого является тот факт, что кортизон и АКТГ вызывают клиническую картину синдрома Иценко — Кушинга, если они вводятся в больших дозах и в течение длительного времени. Вторым свидетельством является то, что основные симптомы заболевания устраняются субтотальной двусторонней адреналэктомией.

Не всякая гиперфункция коры надпочечников приводит к синдрому Иценко — Кушинга.

В норме кора надпочечников продуцирует кортизон, гидрокортизон, кортикостерон, андрогены, эстрогены, альдостерон, прогестерон и многие неактивные в гормональном отношении стероиды.

В зависимости от характера поражения коры надпочечников указанные гормоны продуцируются в различных количествах, что приводит к разнообразной картине заболевания. По-видимому, имеет значение и чувствительность организма к этим гормонам.

Если при гиперфункции коры надпочечников или опухолях продуцируется большое количество гидрокортизона или кортизоно-подобных субстанций, развивается синдром Иценко — Кушинга. В случаях, когда преобладает выделение андрогенов, развивается андрогенный (вирильный) синдром. При чрезмерном выделении альдостерона возникает первичный альдостеронизм (синдром Кона) или вторичный альдостеронизм (гипертензивный синдром с отеками).

Встречаются, несомненно, и переходные формы заболевания со стертой клинической картиной.

Повышенное выделение глюкокортикоидов при синдроме Иценко — Кушинга вполне объясняет клиническую картину заболевания: нарушения углеводного и жирового обмена, повышение кровяного давления, характерные изменения в периферической крови. При резко выраженной гиперфункции коры надпочечников могут выделяться в большом количестве и андрогены. При этом у женщин с типичной клинической картиной заболевания наблюдают вирильные признаки: гипертрихоз, атрофию молочных желез, увеличение клитора.

В тех случаях, когда надпочечниковые симптомы выражены слабо: нет типичного ожирения, гипертрихоза, увеличенного клитора, но имеются ожирение, повышение кровяного давления, полосы растяжения на бедрах и животе, — следует думать о патологическом процессе в диэнцефальной области.

При резко выраженной клинической картине синдрома Иценко — Кушинга появляются, обычно, надпочечниковые синдромы, даже при имеющейся базофильной аденоме гипофиза.

Таким образом, выраженность синдрома Иценко — Кушинга зависит от вовлечения в процесс коры надпочечников и степени их гиперфункции.

Надпочечниковые явления особенно выражены при синдроме Иценко — Кушинга при опухолях надпочечника. Это подтверждается и патологоанатомическими данными. При синдроме Иценко — Кушинга чаще обнаруживается гипертрофия пучковой зоны при атрофии или уменьшении сетчатой зоны. В тех случаях, когда не обнаруживается гиперплазия коры надпочечников, возможна только ее гиперфункция, легко обнаруживаемая биохимическими методами обследования больных.

Под нашим наблюдением находилось 32 больных с синдромом Иценко — Кушинга. Возраст больных — от 10 до 60 лет, наибольшее число больных в возрасте 30—40 лет.

Появление синдрома Иценко — Кушинга в детском возрасте, по литературным данным, обусловлено опухолями коры надпочечников. Однако, мы наблюдали 2 больных с выраженной картиной синдрома Иценко — Кушинга (девочка 14 лет и мальчик 10 лет), причем у них не было опухолей надпочечников, а были лишь резкая гиперплазия надпочечников и изменения в междуточно-гипофизарной области.

У двух больных, находящихся под нашим наблюдением, синдром Иценко — Кушинга возник непосредственно после родов. У этих больных надпочечниковые симптомы были, по-видимому, вторичного характера.

У некоторых больных наблюдались только диэнцефальные расстройства, без вовлечения в процесс надпочечников, так как при клиническом обследовании не были обнаружены надпочечниковые нарушения. В этих случаях заболевание развивалось постепенно: появилось ожирение, беспокоящее больных в течение нескольких лет, затем была диагностирована гипертония, нарушился углеводный и жировой обмен, менструации стали нерегулярными. Причиной данного заболевания, по-видимому, часто является инфекция (энцефалиты).

В более тяжелых случаях нарушений в диэнцефальной области и гипофизе, как правило, у больных появляется гипертрихоз, кровяное давление значительно повышается, что указывает на значительное вовлечение в процесс надпочечников. В тех случаях, когда с начала заболевания появляются надпочечниковые явления и они быстро прогрессируют, необходимо подозревать опухоль коры надпочечников.

Мы обнаружили опухоль надпочечника среди наших больных у четырех, причем у всех больных была типичная картина синдрома Иценко — Кушинга: ожирение, гипертония, нарушение углеводного и жирового обмена, остеопороз, гипертрихоз. Диагноз у больных был подтвержден оперативным лечением.

Для практической работы, по-видимому, важна диагностика не самого синдрома Иценко — Кушинга (ввиду выраженности его клинической картины), — важно выяснить причину его возникновения в данном случае на основе ведущих симптомов заболевания, что необходимо для выбора методов лечения. Для этого полезна следующая классификация синдрома Иценко — Кушинга по преобладанию симптомов:

1. Синдром Иценко — Кушинга диэнцефального генеза, то есть болезнь Иценко — Кушинга (базофильная аденома передней доли гипофиза, диэнцефальные расстройства).

2. Синдром Иценко — Кушинга с выраженными надпочечниковыми симптомами (опухоль коры надпочечника, гиперфункция коры надпочечников — первичная и вторичная);

- а) с выраженными нарушениями обмена (без явлений гирсутизма у женщин);

- б) с проявлением гирсутизма (у женщин).

3. Синдром Иценко — Кушинга неясного патогенеза.

Важнейшими методами при диагностике синдрома Иценко — Кушинга являются рентгенологическое обследование и определение гормональных сдвигов в моче и крови больного.

Рентгенологическое обследование помогает диагностировать опухоль коры надпочечников. Для этого необходимо проводить супраренорентгенографию с введением для контраста кислорода в околопочечную клетчатку. У больных с выраженными симптомами синдрома Иценко — Кушинга в тех случаях, когда не обнаруживается опухоль коры надпочечника, часто отмечается двусторонняя гиперплазия обоих надпочечников.

Необходимо проводить и рентгенографию позвоночника, так как у больных с синдромом Иценко — Кушинга характерно развитие остеопороза (рыбьи позвонки). Это может служить диагностическим тестом.

Из гормональных анализов заслуживает внимание определение 17-гидроксикортикостероидов в крови и в моче. Моксам и Набарро считают за норму выделение за сутки с мочой 17-гидроксикортикостероидов у здоровых людей в количестве 4,1—13,8 мг/24 часа — у муж-

чин и 2,8—10,0 мг/24 часа — у женщин. Повышение выделения 17-гидроксикортикостероидов характерно для синдрома Иценко — Кушинга.

Имело бы, несомненно, большое значение определение в крови АКТГ, но существующие биологические методы этого исследования трудны для практической работы.

Суммарное определение нейтральных 17-кетостероидов в моче при синдроме Иценко — Кушинга отражает функциональное состояние коры надпочечников в меньшей степени, чем при андрогенном синдроме, вызванном гиперфункцией коры надпочечников, или опухолью ее. При этом выделяемые корой надпочечников андрогены резко повышают количество выделяемых 17-кетостероидов, чего нет при синдроме Иценко — Кушинга, где основная масса выделяемых гормонов — гликостероиды, только часть которых переходит в 17-кетостероиды. При резкой гиперплазии коры надпочечников 17-кетостероиды в моче, несомненно, будут повышены. Большое значение для диагностики синдрома Иценко — Кушинга имеет фракционирование 17-кетостероидов, то есть получение отдельных фракций: дегидроизоандростерона, андростерона, этиохоланолина, 11-оксикортикостероидов. Баулейн отмечает при синдроме Иценко — Кушинга увеличение отношения 11-окси-17-кетостероидов к 11-дезоксид-17-кетостероидам.

Наиболее широкое распространение получило фракционирование 17-кетостероидов по способу Л. Дингеманзе (1952) на алюминиевой колонке, хотя этот метод очень трудоемок.

В нашей клинике применяется модификация фракционирования 17-кетостероидов по Дингеманзе с сокращением объема колонки, количества окиси алюминия и объема элюата.

Методика: проводятся гидролиз мочи, экстракция стероидов четыреххлористым углеродом. Окись алюминия готовится по методу Хингерти. В качестве элюата используется раствор этанола в бензоле. Хромогены мочи обесцвечиваются. 17-кетостероиды определяются реакцией Циммермана. Колонка проверяется по стандартам.

При исследовании мочи больных с синдромом Иценко — Кушинга мы отметили увеличение VI фракции (11-оксистероидов), что совпадает с литературными данными (Kovacic N., Davis R). В тех случаях, когда у женщин были выражены явления гирсутизма, значительно увеличивалась и III фракция (дегидроизоандростерон).

Ковачич Н. придает большое значение фракции III при синдроме Иценко — Кушинга. Уменьшение III фракции, по мнению этого автора, характерно для аденомы коры надпочечника. Это ставится в зависимость от подавления опухолью коры надпочечника выделения АКТГ и последующего снижения III фракции.

Фракционное определение 17-кетостероидов имеет, несомненно, большое практическое значение и позволяет в более ранние сроки заболевания диагностировать имеющиеся гормональные сдвиги.

Для диагностики надпочечниковых синдромов применяются функциональные пробы: проба с введением АКТГ, проба с введением внутримышечно кортизона или других стероидных гормонов.

Исследование функции надпочечников у больных с синдромом Иценко — Кушинга, при проведении вышеописанных проб, лучше проводить по определению в крови или в моче 17-гидроксикортикостероидов или по исследованию фракционно 17-кетостероидов, так как суммарные нейтральные 17-кетостероиды могут неполно отражать функциональные сдвиги.

При аденогенитальном синдроме вполне достаточно для проведения проб определять только суммарные, нейтральные 17-кетостероиды.

Большое значение для выявления патогенеза синдрома Иценко — Кушинга придается функциональной пробе с АКТГ. Для гиперплазии коры надпочечников при введении АКТГ характерно значительное повышение в крови и в моче 17-гидроксикортикостероидов, тогда как при опухолях эта реакция отсутствует (Christy N., Soiffer L., Hinman F.).

Лечение синдрома Иценко — Кушинга проводится в зависимости от патогенеза заболевания.

В тех случаях, когда выражены дисэнцефальные изменения и нет симптомов надпочечникового синдрома, целесообразно провести рентгенотерапию межпозвоночно-гипофизарной области и одновременно назначать

симптоматическое лечение. При повышенном кровяном давлении хороший гипотензивный эффект получен от введения новокаина внутривенно и от назначения резерпина. При нарушении углеводного обмена необходимо перевести больного на ограничивающую углеводы диету, а при значительной гликозурии назначать инсулин. Очень часто больные со стероидным диабетом резистентны к инсулину, вследствие чего целесообразно у них применять сульфаниламидные препараты: надизан, растинон, инвенол и т. д., которые, по наблюдениям нашей клиники, дают в таких случаях хорошие результаты. Сульфаниламидные препараты полностью заменяют инсулин и уменьшают жажду при синдроме Иценко — Кушинга, поэтому перевод на сульфаниламидные препараты целесообразен, конечно, с учетом противопоказаний (наличия ацетона в моче, что, впрочем, у больных синдромом Иценко — Кушинга встречается редко, полиневрита, катарракты и изменения лейкоцитарной формулы крови).

Этой группе больных при имеющемся подозрении на интеркуррентную инфекцию необходимо введение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. С этого следует, по-видимому, начинать курс лечения диэнцефальных больных.

Рентгенотерапия больных с диэнцефально-гипофизарными нарушениями должна проводиться большими дозами, что дает лучший терапевтический эффект, как указывается многими авторами. Суммарная доза одного курса должна быть 3000—5000 г за период 30—50 дней (Dohari F.).

Иногда достаточно 1—2 курсов лечения рентгенизацией межучточно-гипофизарной области, чтобы добиться ремиссии. В качестве примера можно привести следующее наблюдение:

Б-ная К-ва, 17 лет, поступила в эндокринологическую клинику 4 ноября 1955 г. с жалобами на типичное для синдрома Иценко — Кушинга ожирение, головные боли, боль в позвоночнике, отсутствие менструаций. Больной себя считала с 14 лет, до поступления в клинику не лечилась. Рост — 155 см, вес — 81 кг. Объективно: лицо круглое, гиперемировано, с большим количеством угрей, без явлений гипертрихоза, конечности относительно худые. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Кровяное давление — 150/100. Выраженный остеопороз позвоночника. Турецкое седло в размере не увеличено. Супраренорентгенография: данных об увеличении надпочечников не обнаружено. 17-кетостероиды мочи — 30—40 мг/24 часа. Диагностирован синдром Иценко — Кушинга диэнцефально-гипофизарного генеза. Проведен курс рентгенотерапии на межучточно-гипофизарную область. Общая доза — 3000 г. После проведенного курса лечения состояние больной улучшилось: уменьшились головные боли, в январе и феврале 1956 г. впервые пришли менструации. В дальнейшем менструации вновь прекратились, явления остеопороза не уменьшались, вес больной уменьшился незначительно (77 кг). В ноябре 1956 г., через год после первого курса, проведен второй курс рентгенотерапии в той же дозе. С февраля 1957 г. больная считает себя здоровой (вес — 55 кг, кровяное давление нормальное, менструации приходят регулярно).

Больным с выраженными надпочечниковыми симптомами, кроме вышеуказанных методов лечения, в том числе и рентгенотерапии, последние годы широко рекомендуются зарубежными авторами двухсторонняя тотальная или субтотальная адреналэктомия, то есть удаление одного надпочечника и 9/10 — другого. На это указывают Пристли, Путас, Хернберг, Сканс. Сообщено даже о полном исчезновении остеопороза при синдроме Иценко — Кушинга у девочки 10 лет после тотальной адреналэктомии (Skeels R.).

Несомненно, что если главной причиной синдрома Иценко — Кушинга является гиперфункция коры надпочечников и избыточное выделение глюкокортикоидов, то удаление надпочечников или большей их части должно дать хороший терапевтический эффект. Разумеется, в тех случаях, когда у больного имеется базофильная аденома гипофиза или диэнцефальные расстройства, удаление надпочечников не будет патогенети-

ческим методом лечения, так как изменения в межучточно-гипофизарной области останутся, но точки приложения выделяемого в большом количестве АКТГ не будет, поэтому и исчезнет весь комплекс симптомов.

В нашей клинике с терапевтической целью проведено одностороннее удаление надпочечника у трех больных.

Б-ной Ф-в, 28 лет, поступил в эндокринологическую клинику 20 апреля 1956 г. с жалобами на головные боли, боли в пояснице, ожирение, половую слабость. Больным себя считает с октября 1955 г. Объективно: типичное для синдрома Иценко — Кушинга ожирение, ожирение лица (вес — 62 кг, рост — 169 см), кровяное давление — 180/90, нарушение углеводного обмена. На супраренорентгенограмме обнаружено умеренное увеличение обоих надпочечников, больше правого. 17-кетостероиды — 61 — 65 мг/24 часа. Дегидроизоандростерон — 2,4 мг/24 часа (при норме 0,6—0,8 мг/24 часа). Диагноз — синдром Иценко — Кушинга с выраженными надпочечниковыми симптомами. 7 августа 1956 г. больному произведено удаление правого надпочечника (оперировал проф. А. Н. Шабанов). Вес удаленного надпочечника — 9,1 г. Данные гистологического обследования: гиперплазия коры надпочечника с образованием мелких аденом. После оперативного вмешательства выделение 17-кетостероидов снизилось до 8,1 мг, дегидроизоандростерон мочи — 0,5 мг/24 часа. Операция прошла без осложнений. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии в ноябре 1956 г. Кровяное давление — 140/80.

Повторно больной осмотрен летом 1957 г. Общее состояние больного хорошее. Симптомы заболевания исчезли. Больной практически здоров.

Удаление одного надпочечника у этого больного дало хороший результат, чего мы, к сожалению, не наблюдали у больной Т-е, 30 лет, с подобной же клинической картиной. После удаления надпочечника у этой больной снижения экскреции 17-кетостероидов не наступило, и мы не наблюдали уменьшения ведущих клинических симптомов. В таких случаях при отсутствии эффекта от односторонней адреналэктомии необходимо удаление $\frac{9}{10}$ части второго надпочечника. Односторонняя адреналэктомия, по данным зарубежных авторов, менее эффективна, чем двусторонняя.

Таким образом, субтотальная адреналэктомия должна проводиться у больных с синдромом Иценко — Кушинга при выраженности гиперфункции коры надпочечников: типичной клинической картине, нарушении углеводного обмена, остеопорозе и явлениях гирсутизма у женщин, а особенно при повышенном выделении 17-кетостероидов и дегидроизоандростерона, указывающем на резкую гиперплазию коры надпочечников.

При опухолях коры надпочечников показано только оперативное лечение, при этом необходимо готовить больных к операции введением АКТГ, а в день операции и после нее вводить большое количество стероидных гормонов коры надпочечников (кортизон).

В тех случаях, когда имеются выраженные надпочечниковые симптомы при синдроме Иценко — Кушинга, прогноз обычно плохой. Больные нуждаются в оперативном лечении, однако, недостаток кортизона ограничивает возможности применения этого метода.

При аденомах коры надпочечников, даже после оперативного лечения и полного удаления опухоли, возможны рецидивы.

ВЫВОДЫ:

1. Причиной проявления синдрома Иценко — Кушинга является гиперфункция коры надпочечников с выделением большого количества глюкокортикоидов. Имеется определенная зависимость выраженности клинической картины синдрома от степени гиперфункции коры надпочечников.

2. Для синдрома Иценко — Кушинга характерны, кроме типичной клинической картины, повышение в крови и в моче 17-гидроксикортикостероидов, увеличение VI и III фракций 17-кетостероидов в моче.

Нейтральные 17-кетостероиды, определяемые суммарно, могут быть в пределах нормы или повышены, в зависимости от степени вовлечения в процесс коры надпочечников.

3. Кроме симптоматического лечения, больным с дизэнцефальными нарушениями рекомендуется рентгенотерапия на межуточно-гипофизарную область, а больным с выраженными надпочечниковыми симптомами — субтотальная адреналэктомия.

4. При опухолях коры надпочечников показано только оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baulein E. E., Huis L. G. Acta endocrinol., 1957, 26, 153—172.
2. Christy N. P. Amer. J. Med., 1957, 23, № 6, 910—916.
3. Cope C. L. Brit. Med. J., 1956, № 4986, 193—197.
4. Dingemanse, Huis L. G. J. Clin. endocrinol. and metab., 1952, v. 12, № 1.
5. Dohan F. C., Ravendos A., Boucot N. J. Clin. endocrinol., 1957, 17, 1, 8—25.
6. Devis R. Annal. d'Endocrinol., 1951, v. 12, № 3, 451—480.
7. Hernberg. Duodecim, 1955, 71, № 1—2, 206—212.
8. Hinman F. u. and. J. Urology, 1957, v. 77, № 3, 329—339.
9. Hingerty D. Lancet, 1957, 13, 766.
10. Jenkins J. S., Spence A. W. J. Clin. endocrinol. and Metab. 1957, 17, № 5, 621—631.
11. Kovacic и др. Acta endocrinol., 1957, 24, № 4, 393—401.
12. Le-Veen H. J. M. A. 1955, v. 158, № 16.
13. Мохнам А., Nabarro. J. Clin. Pathol., 1956, 9, 351.
14. Poutasse, Eugenc F., Higgins. J. Urology, 1953, v. 70, № 2, 129—136.
15. Richards B. Am. J. of Surgery, 1955, 89, № 6, 1212—1223.
16. Priestley J. и др. Annal. of Surgery, 1951, v. 134, p. 464.
17. Skeels R. F. J. Clin. Endocrinol. and Metab. 1958, 18, № 1, 61—64.
18. Scause и др. Acta med. scandinav., 1956, 154, № 2, 119—134.
19. Soiffer L., Geller J. J. Clin. Endocrinol. and Metab., 1957, 17, № 7, 878—883.
20. Williams R. H. Tek book of endocrinol. 1956.

Поступила 21 июля 1958 г.

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Асс. А. Ф. Бурмистрова

Из кафедры урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа
и 5-й городской клинической больницы

Как известно, почечно-каменная болезнь занимает первое место по частоте среди других хирургических заболеваний верхних мочевых путей.

По данным нашей кафедры, с 1947 по 1954 гг. с заболеваниями верхних мочевых путей находилось на излечении 1403 больных, из них с почечно-каменной болезнью 628 больных (44,7%).

Почечно-каменная болезнь нередко ведет к тяжелым осложнениям, вплоть до полной гибели почечной паренхимы.

Разрушение почечной паренхимы при данном заболевании в одних случаях идет очень медленно, в других сравнительно быстро наступают необратимые изменения со стороны почек.

В данной работе мы подвергли анализу только тяжелые осложнения нефролитиаза.

По материалам нашей кафедры, на 628 больных нефролитиазом тяжелые осложнения со стороны верхних мочевых путей встретились у 58 больных (в 9,2%).

Из этих 58 больных было 35 мужчин и 23 женщины.

По возрасту они распределяются следующим образом: от 21 до 30 лет — 21, от 31 до 40 — 16, от 41 до 50 — 11, свыше 50 лет — 10.

Что касается продолжительности заболевания, то со сроком до

одного года от появления первых симптомов почечно-каменной болезни до поступления в урологическое отделение было 12 больных, до 2 лет — 5, до 3 — 5, до 4 — 3, до 5 — 8, до 6 — 3, до 10 — 11, до 20 — 10 и свыше 20 лет — 1.

Все наши больные подвергались обзорной рентгенографии, причем у 2 больных камни в почках и мочеточниках не были обнаружены. У 36 больных обнаружены одиночные камни, у 16 — множественные, у 4 — коралловидные камни. Камни правой почки обнаружены у 23, левой — у 19, двусторонние у 14 больных. Всем больным проводилась индигокарминовая проба. У 42 больных отмечено отсутствие индигокармина на стороне поражения, у 3 — запаздывание его выделения, и у 13 больных — отсутствие индигокармина с обеих сторон.

30 больным производилась пневмопиелография с целью уточнения месторасположения камня.

Для выявления степени функциональных и анатомических изменений в почках 44 больным произведена внутривенная урография, а 40 больным — ретроградная пиелография с жидким контрастным веществом.

К тяжелым осложнениям почечно-каменной болезни мы относили асептические и инфицированные гидронефрозы (42 больных), пионефрозы (11), анурию (3) и паранефрит (2).

Гидронефрозы развиваются благодаря хронической ретенции мочи, вызванной камнем, и чаще бывают открытыми и многополостными.

Субъективные симптомы при гидронефрозах в одних случаях отсутствуют, в других больные отмечают тупые тянущие боли в пояснице, временами сходные с приступами почечной колики. При хромоцистоскопии во всех случаях резко нарушается функция пораженной почки (отсутствие индигокармина). На пиелограммах с жидким контрастным веществом или воздухом определяется одна большая полость или несколько полостей (при многополостных гидронефрозах).

При калькулезных гидронефрозах характер операции зависит от степени атрофии почечной паренхимы.

Для решения этого вопроса применялась внутривенная урография. В тех случаях, где при внутривенной урографии контрастное вещество в течение 30 мин заполняет гидронефротическую полость, как правило, производилась операция удаления камня. При необратимых тяжелых анатомических изменениях в почке обычно и через большие сроки контрастное вещество в гидронефротической полости не появляется.

В подобных случаях окончательно характер операции решался лишь после обнажения почки и чаще всего операция заканчивалась нефрэктомией. Примером может служить следующее наблюдение:

Б-ной Д., 43 лет, поступил в урологическое отделение 23/II 1953 г. с жалобами на постоянные тянущие боли в правой поясничной области и мутную мочу. Болен с 1948 г. Пальпируется нижний полюс правой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции правой почки тени от 5 конкрементов. На пневмопиелограмме воздух заполняет расширенную лоханку и бокалы-содержащие конкременты. При внутривенной урографии контрастное вещество правой почкой не выводится. Левая лоханка нормальна.

При хромоцистоскопии: слизистая пузыря нормальна, индигокармин появлялся слева на 5 мин, справа его не было в течение 15 мин.

Анализ мочи: уд. вес — 1018; реакция кислая, белок — следы, лейкоциты — 3—6 в поле зрения, эритроциты свежие — 25—30 в поле зрения.

Анализ крови — без отклонений от нормы.

Диагноз: правосторонний калькулезный асептический гидронефроз.

11/III 1953 г. операция — нефрэктомия справа. Удаленная почка представляла из себя фиброзный мешок, содержащий до 10 камней.

Послеоперационное течение гладкое.

8/IV 1953 г. выписан в хорошем состоянии.

Жалобы больных при пионефрозах сводятся к постоянным болям в поясничной области, мутной моче, часто высокой температуре. При пальпации определяется увеличенная почка, при цистоскопии — иногда выделение густого гноя из устья.

Приводим следующее наблюдение:

Б-ной Х., 26 лет, поступил в урологическое отделение 10/XII 1948 г. в тяжелом состоянии. Страдает почечно-каменной болезнью с 1942 г. В 1947 г. перенес две операции — уретролитотомию справа и пиелотомию слева. Через 2 месяца приступы почечной колики повторились, и последние 3 месяца перед поступлением держалась высокая температура.

При поступлении в левом подреберье пальпировалась плотная опухоль, занимающая всю левую половину живота.

Кровь: гем. — 57%, Э. — 2 800 000, Л. — 22 000, п. — 9%, с. — 72%, э. — 0%, мон. — 6%, лимф. — 13%.

Анализ мочи: уд. вес — 1 007, реакция кислая, белок — 0,66‰. Лейкоциты — сплошь в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме слева между XI ребром и гребешком подвздошной кости 18—20 плотных теней.

При хромоцистоскопии — выделение густого гноя из левого устья. Индигокармин не выделялся из обоих устьев в течение 15 мин.

Диагноз: левосторонний калькулезный пионефроз.

Ввиду нарастающих явлений уросепсиса 23/XII 1948 г. произведена операция нефростомии слева. Извлечено до 10 камней. Почка дренирована. После операции состояние больного улучшилось. Через 6 мес. выписан домой в удовлетворительном состоянии.

В данном случае был рецидив почечно-каменной болезни с развитием пионефроза слева. Консервативная операция была обусловлена тяжелым состоянием больного и функциональной неполноценностью другой почки.

Калькулезная анурия принадлежит к числу самых тяжелых осложнений нефролитиаза. Это осложнение непосредственно угрожает жизни больного и требует неотложной специализированной помощи.

Среди наших больных калькулезная анурия наблюдалась у 3-х. В одном случае после применения консервативной терапии анурия быстро разрешилась. В других двух случаях, учитывая крайне тяжелое состояние больных после безуспешной консервативной терапии, произведена операция наложения почечного свища.

Б-ной К., 54 лет, поступил в урологическое отделение 29/III 1954 г. с жалобами на острые боли в левой поясничной области и отсутствие мочи в течение последних 3 суток. Болен 4 года. В анамнезе отхождение конкрементов. При урологическом обследовании установлен диагноз: калькулезная анурия.

Консервативная терапия — без успеха. Больной только на 9-й день анурии дал согласие на операцию.

9/IV 1954 г. — операция. Почка резко увеличена в размерах, напряжена. Произведена декапсуляция почки. В полость лоханки тупо через паренхиму почки проведен корнцанг. При исследовании пальцем в последней определялись множественные камни, которые удалены. В лоханку введена дренажная трубка. Рана сужена до дренажа. После операции состояние больного улучшилось и за первые сутки из левой почки через дренажную трубку выделилось до 10 литров мочи. На второй день после операции больной начал мочиться самостоятельно. На 23-й день дренажная трубка удалена, почечный свищ закрылся. Диурез восстановился (до 3 литров в сутки). На 54-й день больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 3,5 года состояние вполне удовлетворительное.

Мы полагаем, что в данном случае нарушение мочеобразования в левой почке вызвано полной закупоркой мочеточника камнем, приведшей к прекращению мочеобразования в правой почке в результате рено-ренального рефлекса, так как после устранения препятствия к свободному оттоку мочи из левой почки — функция правой почки постепенно восстановилась.

Из 45 оперированных нами больных по поводу тяжелых осложнений почечно-каменной болезни у 2 встретились комбинированные заболе-

вания почек, а именно камни и опухоль, не диагностированная до операции. В одном случае опухоль почки установлена во время операции, в другом — только при гистологическом исследовании удаленной почки. При этом сочетании возникает вопрос о взаимосвязи и взаимозависимости двух процессов и о том, какой из них является первичным: камень или опухоль. Р. М. Фронштейн относился скептически к роли камня в генезе почечных опухолей. С. П. Федоров считал, что камни почки могут способствовать появлению новообразования.

Наши наблюдения подтверждают взгляды тех авторов, которые считают, что камни могут способствовать возникновению опухолей почек.

Приводим следующее наблюдение:

Б-ной С., 51 г., поступил в отделение 19/III 1948 г., с жалобами на постоянные боли в правой поясничной области в течение 20 лет. В течение последних 7 лет периодически наблюдается тотальная гематурия. В детстве была травма поясничной области. Пальпируется увеличенная бугристая правая почка. На обзорной рентгенограмме мочевой системы множественные камни в проекции правой почки.

При хромоцистоскопии: слизистая — норма, из правого устья выбрасывается кровянистая моча. Индигокармин появился слева через 4 мин, справа в течение 15 мин его не было.

Диагноз: правосторонний калькулезный гидронефроз.

6/IV 1948 г. — правосторонняя нефрэктомия. Удаленная почка больших размеров, бугристая. В нижнем полюсе шаровидная опухоль, размером 6×6 см. Послеоперационный диагноз: калькулезный гидронефроз. Новообразование.

Гистологический диагноз: гидронефроз, рак почки (простой рак).

Приведенное наблюдение показывает, что развитие рака произошло в почке, задолго до этого пораженной почечно-каменной болезнью, которая могла сыграть роль предрасполагающего фактора.

Профилактика осложнений почечно-каменной болезни сводится к своевременной операции удаления камней почек и мочеточников.

В отношении оперативного лечения почечно-каменной болезни существуют различные мнения. Одни считают, что оперативное вмешательство не показано в случаях латентно протекающих камней и при отсутствии осложняющей инфекции; другие же считают оперативное лечение показанным во всех случаях, где нельзя рассчитывать на самопроизвольное отхождение камней, за исключением лиц, страдающих моче-каменным диатезом.

За последнее время мнения о показаниях к оперативному удалению камней изменились в сторону большей хирургической активности, так как запоздалое их удаление нередко вызывает тяжелые осложнения.

Из 58 наших больных подверглись оперативному лечению 45; было произведено 29 нефрэктомий, 3 нефропиелотомии, 3 нефростомии, 8 пиелотомий и 2 прочих операции.

Ввиду резко выраженных явлений почечной недостаточности и общего тяжелого состояния трем больным в оперативном лечении было отказано, а 10 больных сами от него отказались.

Из 45 оперированных больных в ближайшие дни умерло двое. Оба эти случая относятся к больным, которые длительное время страдали двусторонними камнями почек, осложненными двусторонним инфицированным гидронефрозом. В обоих случаях паллиативные операции — нефростомии — производились по жизненным показаниям (уремия).

Отдаленные результаты оперативного лечения тяжелых осложнений почечно-каменной болезни изучены у 28 больных. После нефрэктомии состояние оставалось удовлетворительным у 17 больных; из них отдаленные результаты до 1 года прослежены у 3, до 2 лет — у 6, до 3 лет — у 2, до 4 лет — у одного, до 5 лет — у одного, до 6 лет — у одного, до 7 лет — у одного, и до 8 лет — у 2 больных. Двое больных через 2 года после операции умерли от других причин.

После операции пиелолитотомии отдаленные результаты изучены у 5 больных: до 1 года — у одного, до 4 лет — у 2, до 6 лет — у одного больного. Состояние их остается вполне удовлетворительным. Один больной умер спустя 5 лет после операции от другой причины.

После операции нефростомии отдаленные результаты изучены у 3 больных, двое из них здоровы в течение 3,5 лет, и один — в течение 8 лет.

После операции люмботомии по поводу осложнения кораллового камня гнойным паранефритом состояние больного через 4 года остается удовлетворительным.

Анализ наших клинических наблюдений дает нам возможность сделать следующие выводы:

1. В целях профилактики тяжелых осложнений почечно-каменной болезни показания к удалению камней почек должны быть значительно расширены.

2. При несвоевременном оперативном лечении почечно-каменная болезнь может привести к тяжелым осложнениям (гидронефроз, пионефроз, анурия и др.). По материалам нашей кафедры, тяжелые осложнения почечно-каменной болезни встретились в 9,2% случаев.

3. При осложнениях почечно-каменной болезни преимущественно показано оперативное лечение. Из 58 наших больных с тяжелыми осложнениями оперировано 45 чел. (77,5%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гимпельсон Э. И. Хирургия, 1954, 9, 17—23. — 2. Маянц А. И. Опухоли почек и верхних мочевых путей. Медгиз, 1949. — 3. Тальман И. М. Хирургия почек и мочеточников. М.—Л., 1934. — 4. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников, вып. 1, 1923. — 5. Хольцов Б. Н. Частная урология, вып. V, 1928.

Поступила 6 февраля 1958 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

А. И. Козлов

Из Горьковского института ортопедии и травматологии (директор — доц. М. Г. Григорьев, научный руководитель — проф. И. Л. Цимхес) и II-го хирургического отделения (зав. — А. И. Козлов) Кировской областной больницы (главрач — Н. К. Попов)

При обширных кожных дефектах после ожогов и механических травм, единственной мерой для спасения жизни больного или сохранения функции пострадавшего органа является своевременное применение кожной пластики. Важную роль играет кожная пластика и как заключительный этап операций иссечения опухолей, язв, ран, рубцов и т. п.

В хирургическом отделении Кировской областной больницы с 1946 по 1957 гг. произведено 490 операций кожной пластики 406 больным. С каждым годом количество таких операций увеличивается (с 18 в 1946 г. до 111 — в 1957 г.).

В хирургическом отделении Кировской областной больницы с 1946 по 1957 гг. произведено 490 операций кожной пластики 406 больным. С каждым годом количество таких операций увеличивается (с 18 в 1946 г. до 111 — в 1957 г.).

В зависимости от характера локализации дефекта кожи, нами применялись различные методы кожной пластики. Методами свободной кожной пластики сделано 370 операций 283 больным, пластики кожи на

питающей ножке — 74 операции 74 больным, и с применением местных тканей — 46 операций 46 больным.

Свободная кожная пластика среди всех других методов, применявшихся нами для закрытия дефектов кожи, составляет 75%. Из методов свободной кожной пластики применялись: пластика крупными расщепленными лоскутами, взятыми дерматомом, — 206 операций, по Тиршу — 43, по Б. В. Парину — 36, по Дрегстед — Вильсону — 30, по Красновитову — 7, по Краузе — 3, пересадка мелкими кусочками кожи по Яновичу-Чайнскому — 38, по Альглаву — 7.

Показаниями для свободной пластики явились следующие дефекты кожи: а) обширные гранулирующие раны в результате механической травмы и ожогов третьей степени — 228 больных; б) рубцовые контрактуры — 43 больных; в) длительно не заживающие раны и изъязвившиеся рубцы на неопорных частях тела — 38 больных; г) свежие раны при невозможности их закрыть местными тканями в процессе первичной хирургической обработки — 19 больных; д) хронические варрикозные язвы голени — 13 больных; е) пигментные пятна и сосудистые опухоли — 18 больных; ж) свежие послеоперационные раны — 8 больных, з) гранулирующие раны после воспалительных процессов — трое больных.

Возраст больных:

0—2 лет — 9 больных	21—30 лет — 77 больных
3—5 » — 21 »	31—40 » — 23 »
6—8 » — 16 »	41—50 » — 32 »
9—14 » — 31 »	51—60 » — 11 »
15—20 » — 61 »	свыше 60 лет — 3 »

Площадь кожных дефектов у больных, оперированных методом свободной пластики кожи:

до 200 см ² — 172 больных;	от 600 до 800 см ² — 14 больных;
от 200 до 400 см ² — 45 »	от 800 » 1000 » — 3 »
от 400 » 600 — 31 »	свыше 1000 » — 18 »

Наибольшее количество составляют больные с обширными кожными дефектами, возникшими в результате ожога третьей степени и механических травм. Больных с площадью кожного дефекта свыше 200 см² было 111 из 283, подвергнутых свободной пластике кожи. Наиболее тяжелыми были больные с площадью кожных дефектов свыше 600 см², которых было 35. Многие из них длительное время бесперспективно лечились в районных больницах. Лечение проводилось перевязками, иногда переливаниями крови, и кое-где предпринимались попытки пересадить маленькие кусочки кожи. Для клинической картины этой группы больных характерно тяжелое общее состояние, нередко с расстройством психики. Больные были плаксивы, раздражительны, одно слово «перевязка» вызывало у них чрезвычайно бурную реакцию. У части больных перевязки были невозможны без наркоза.

Истощение больных достигало крайних степеней. Показатели крови характеризовались низким содержанием гемоглобина (до 30—40%), понижением количества белка сыворотки крови, при этом постоянно отмечалось изменение его качественного состава в сторону относительного увеличения глобулиновых фракций, о чем свидетельствует низкий альбуминглобулиновый индекс. Последний у девяти из двенадцати обследованных больных был от 0,44 до 1,4, в то время как крайняя граница нормы — 1,6.

Обширные дефекты кожи у больных были покрыты плоскими, бледными, легко кровоточащими грануляциями с обильным гнойным отделяемым. При перевязке таких больных нередко возникало кровотечение, и вся гранулирующая поверхность покрывалась массой геморрагических пузырей различной величины.

Эти симптомы свидетельствовали о далеко зашедшей стадии патологического процесса с переходом в раневое истощение при явлениях прогрессирующей анемии и глубокого нарушения обмена.

Остальная часть больных имела менее тяжелое состояние, но и у них перспектив на выздоровление без кожнопластических операций не было.

Лечение больных с обширными дефектами стало более успешным благодаря наличию электродерматома М. В. Колокольцева и «Красногвардеец», которые значительно облегчили задачу хирурга по закрытию обширных кожных дефектов.

Дерматом не только разрешает проблему взятия достаточного количества кожных лоскутов по площади, но и позволяет дозировать толщину лоскута, оставляя ростковый слой кожи для последующей регенерации эпителия на донорских участках.

Важное значение в успехе кожнопластических операций имеют определение наиболее благоприятного момента для производства операции и меры для восстановления регенеративных свойств организма.

Благоприятными сроками для пластики при ожогах третьей степени и механических травмах является 3—4 недели с момента ожога или травмы, когда отторгнутся некротические ткани и стихнут острые воспалительные явления.

Свободная кожная пластика обширных гранулирующих поверхностей может дать успешные результаты только при условии тщательной дооперационной подготовки больных, в комплексе которой важны полноценное питание, многократные переливания крови, плазмы, видовонеспецифической сыворотки и др. Важно по возможности ликвидировать белковое голодание организма и повысить содержание гемоглобина в крови, не менее чем до 50%. В рацион питания больных должно быть включено достаточное количество полноценных белков и витаминов, среди которых особое значение имеют витамины С, D, В и К.

При обширных кожных дефектах, которые невозможно было закрыть аутопластически, мы применяли предварительно пластику трупной расщепленной кожей, что давало возможность временно закрыть дефекты с последующей успешной аутопластикой. Такой метод дает возможность вывести больного из тяжелого состояния и подготовить его к аутопластике. Подобная тактика нами была применена у 11 больных с обширными дефектами кожи.

Больные с дефектами кожи, площадью менее 400 см², в большинстве случаев не нуждаются в особой послеоперационной подготовке. В этих случаях достаточно перевязок с применением кварца, общегигиенических ванн, витаминотерапии.

При подготовке почвы для лоскута во время операции мы придерживались следующих правил: при хороших на вид грануляциях кожные лоскуты пересаживались непосредственно на них (167 больных); там, где грануляции были отечны, бледны с кровоизлияниями в их толще, последние до пластики удалялись путем соскоба (25 больных); при длительном течении раневого процесса, где имелась рана с каллезными краями и плотным рубцовым дном, производилось предварительное иссечение рубца во всю площадь дефекта до здоровых подлежащих тканей (26 больных).

Толщина лоскута варьировала в зависимости от возраста и донорского места в пределах 0,15—0,7 мм. Самое большое количество кожных

лоскутов, взятых одномоментно, было 10, общей площадью 1800 см². Лоскуты всегда перфорировались и фиксировались с умеренным натяжением отдельными редкими узловатыми швами, при пластике обширных гранулирующих ран, и частыми швами — после иссечения раневого дефекта.

От перфорации и фиксации лоскута нередко зависит исход операции (П. И. Дьяконов, Б. В. Парин, М. В. Колокольников, Л. В. Грубер). Для создания интимного прилегания трансплантата ко дну дефекта применялась амортизирующая повязка из марлевых салфеток, поверх которой накладывался гипс. Первая перевязка через 7—9 дней. В послеоперационном периоде больной должен соблюдать постельный режим не менее 3 недель (М. В. Колокольников), ибо при нарушении покоя возникает реальная опасность кровоизлияния с последующей отслойкой и некрозом уже прижившего кожного трансплантата.

Ближайшие исходы операции свободной пластики кожи отражены в таблице 1.

Табл. 1

Исходы	Пластика с дерматомом		Другие виды пластики	
	Количество случаев	% к общему числу	Количество случаев	% к общему числу
Полное приживление	150	72,8	74	45,2
Прижило свыше 50%	45	21,9	41	25,0
Прижило меньше 50%	10	4,8	35	21,3
Полный некроз	1	0,5	14	8,5
Итого случаев:	206	100	164	100

Пересадка крупных кожных лоскутов неполной толщины, взятых с помощью дерматома, дает лучшие результаты, по сравнению с другими способами свободной кожной пластики (по Тиршу, Парину, Дрегедедт-Уилсону, Яновичу-Чайнскому) и должна занять ведущее место. Кожная пластика во всю толщину, дающая, по нашим наблюдениям, большее количество неудач, должна быть ограничена. Пластика по Тиршу должна применяться как подсобный метод при закрытии обширных дефектов кожи крупными расщепленными лоскутами.

Методы кожной пластики мелкими кусочками кожи полной и неполной толщины мы в последнее время не применяли, так как они не давали хорошего косметического и функционального результатов.

Пересадка кожи на питающей ножке сделана 74 больным. Из способов несвободной пластики кожи применялись пластика трубчатым стеблем по В. П. Филатову (31 больной), комбинированный погружной способ по А. К. Тычинкиной (30 больных) и итальянский способ (13 больных). Показаниями к пластике на питающей ножке были дефекты на стопе, голени, культих нижних конечностей в виде изъязвившихся рубцов, длительно не заживающих язв и ран, хронических варикозных язв, рубцов при ложных суставах и хронических остеомиелитах.

Пластика итальянским способом применялась при небольших, а трубчатым стеблем по В. П. Филатову — при более обширных дефектах. В последние годы из методов несвободной кожной пластики мы отдаем предпочтение комбинированному погружному способу по А. К. Тычинкиной.

Локализацию несвободной кожной пластики иллюстрирует следующая таблица (см. табл. 2).

Комбинированный погружной способ по А. К. Тычинкиной нами применяется по тем же показаниям, что и трубчатый стебель.

Сравнение данных продолжительности лечения в зависимости от метода кожной пластики показывает, что средняя продолжительность

Табл. 2

Локализация \ Способ	Итальянский способ	Трубчатый стебель по В. П. Филатову	Комбинированный способ по А. К. Тычинкиной	Всего
Кисть	2	1	—	3
Плечо	—	1	1	2
Стопа	3	4	2	9
Голен ь	3	14	17	34
Пятка	1	2	4	7
Область надколенника	1	1	—	2
Культя стопы	2	6	5	13
Культя голени	1	2	1	4
Итого:	13	31	30	74

пребывания больного на койке при трубчатом стебле — 154 дня, при погружном комбинированном способе — 71,3 дня, а среднее количество дней от первого до заключительного этапов операции соответственно — 94,6 и 33.

Исходы пластики на питающей ножке показаны в табл. 3.

Табл. 3

Исходы	Методы		
	трубчатый стебель Филатова	погружной комбинированный по Тычинкиной	итальянский
Полное приживление	26	26	8
Краевой некроз	3	4	3
Полный некроз	2	—	2
Итого случаев:	31	30	13

Комбинированный погружной способ по А. К. Тычинкиной, применяемый для пластики дефектов кожи с локализацией на голени и стопе, имеет существенные преимущества перед трубчатым стеблем Филатова, так как срок пребывания на койке сокращается в два с лишним раза, а срок от первого этапа операции до заключительного — почти в три раза. Метод А. К. Тычинкиной лишен многоэтапности с длительным пребыванием больного в вынужденном положении, а исходы операций по этой методике наилучшие (табл. 3).

Комбинированный погружной способ кожной пластики имеет следующие преимущества:

1. Можно брать кожные лоскуты больших размеров, не боясь образования дефекта на донорском участке, так как последний надежно закрывается расщепленной кожей.

2. Отсутствует опасность нарушения питания лоскута из-за сдавления питающей ножки, что бывает при сближении краев дефекта при итальянском способе.

3. Комбинированный способ обладает положительным качеством методики замедленного перенесения лоскута по Блеру.

Это ставит метод погружной комбинированной пластики кожи в число более надежных и заслуживающих широкого внедрения в хирургическую практику.

ВЫВОДЫ:

1. Кожная пластика как метод лечения гранулирующих и свежих ран должна шире применяться в хирургических отделениях областных, городских и районных больниц.

2. Комплексная предоперационная подготовка больных с обширными гранулирующими ранами, направленная на восстановление белкового обмена, является одним из решающих факторов благоприятного исхода операции.

3. При обширных гранулирующих ранах, там, где по состоянию здоровья больного невозможно произвести аутопластику, показана гомопластика, что дает возможность вывести больного из тяжелого состояния и подготовить его к аутопластике.

4. Кожная пластика обширных гранулирующих ран должна производиться в ранние сроки — через 3—4 недели после ожога и по исчезновении острых воспалительных явлений после травмы.

5. Пластика обширных гранулирующих ран расщепленным кожным лоскутом дает вполне удовлетворительные результаты и во многих случаях является для больного единственно спасительным мероприятием.

6. При незаживающих ранах, язвах, изъязвившихся рубцах и других дефектах, расположенных на опорных поверхностях, показаны методы пластики на питающей ножке.

7. Комбинированный погружной метод кожной пластики по А. К. Тычинкиной имеет несомненные преимущества перед другими способами несвободной кожной пластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н. Н. Вопросы неотложной хирургии и онкологии. Горький, 1941. —
2. Он же. Вопросы хирургии в эвакогоспиталях. Горький, 1942, 33—36. — 3. Он же. Сборник работ Горьковского медицинского института, 1947, 244—254. — 4. Он же. Хирургия, 1949, 2, 57—62. — 5. Он же. Кожная пластика. Медгиз, 1955. — 6. Грубер Л. В. Вопросы ортопедии и травматологии. 1957, т. 5. — 7. Дьяконов П. И. Лекции о топографической анатомии и оперативной хирургии Дьяконова, Рейна, Лысенкова и Напалкова, 1908, т. 2. — 8. Джанелидзе Ю. Ю. Свободная пересадка кожи. Медгиз, 1952. — 9. Еланский Н. Н. Нов. хир. арх. 1923, 3, 596—607. — 10. Колокольцев М. В. Дерматом автора и его применение для свободной пересадки кожи. Горький, 1947. — 11. Он же. Свободная пересадка кожи с помощью дерматома автора. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Горький, 1949. — 12. Он же. Сборник трудов Горьковского института восстановительной хирургии, 1953, т. 2, 107—110. — 13. Он же. Сборник трудов Горьковского института восстановительной хирургии, 1953, т. 2, 205—208. — 14. Красовитов В. К. Первичная пластика отторгнутыми лоскутами кожи, Краснодар, 1947. — 15. Парин Б. В. Кожная пластика при травматических повреждениях. Медгиз, 1943. — 16. Он же. Хирургия, 1944, 12, 21—29. — 17. Петров Б. А. Свободная пересадка кожи при больших дефектах. Медгиз, 1950. — 18. Руткевич Н. Л. Пересадка трупной кожи. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 1957. — 19. Тычинкина А. К. Хирургия, 1956, 9, 34—37.

Поступила 3 марта 1958 г.

ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ АКТИВНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ МИКРОЭЛЕКТРОФОРЕЗА НА БУМАГЕ¹

Асп. Г. Ф. Катеева-Султанова

Из кафедры детских болезней (зав.—проф. Ю. В. Макаров)
Казанского медицинского института

Нарушения в белковом обмене у ребенка, больного туберкулезом, были установлены работами Л. М. Модель и Е. Ф. Сидельниковой,

¹ Доложено на совместном заседании обществ детских врачей и фтизиатров 11-го декабря 1958 г.

Ф. И. Гольдиной, В. П. Бисяриной и др. Но они исследовали лишь альбуминовую и глобулиновую фракции. В последние годы все больше внимание исследователей привлекает метод электрофореза. Одним из наиболее интересных достижений в этом отношении явилось введение в практику микроэлектрофореза на бумаге. Электрофоретический анализ сывороточных белков позволяет исследовать не только альбумины и глобулины, но и глобулиновые подфракции (альфа — 1, альфа — 2, бета- и гамма-глобулины), каждая из которых имеет свое физиологическое значение для организма.

Работ, посвященных изучению сывороточных белков электрофоретическим методом при туберкулезе у детей, очень мало (Р. П. Грачева, Эвербек, Плюктун и Бенке), и они не охватывают всех форм туберкулеза.

По предложению проф. Ю. В. Макарова, мы занялись изучением белковых фракций крови данным методом при различных формах туберкулеза у детей, поставив перед собой задачу выяснить пригодность использования электрофореграмм для суждения об активности туберкулезного процесса, о течении процесса у ребенка, а также и для дифференциальнодиагностических целей.

Применявшаяся нами методика электрофореза на бумаге соответствовала методике, предложенной Майо и Флином, несколько модифицированной А. Е. Гурвичем. Электрофоретическое разделение свежей негемолизированной взятой натощак сыворотки в количестве 0,015 мл проводилось в течение 12 час. при постоянном токе напряжением в 270 вольт и силе тока 0,1 мА на 1 см ширины полосы бумаги в мединал-вероналовом буфере с РН — 8,6. Окраска бумажных полос проводилась бром-фенол синним. Количественная обработка электрофореграмм производилась методом прямого фотометрирования фотоэлектрическим денситометром.

Наблюдения были проведены над 176 детьми, находившимися на стационарном лечении от 1 мес. до 1,5 лет, из них у 136 детей проводились повторные исследования от 2-х до 14 раз. Всего сделано 534 электрофореграммы.

По диагнозам дети распределялись следующим образом: первичное туберкулезное заражение без локальных изменений — 19 детей, первичный комплекс — 24, хроническая туберкулезная интоксикация (I₁) — 17, туберкулезный бронхаденит — 76, милиарный туберкулез — 8, плевриты — 22, очаговый и диссеминированный туберкулез легких — 10.

До 1 года — 16 детей, от 1 года до 3-х лет — 40, от 3-х до 7 лет — 60, и от 7 до 14 лет — 60.

Туберкулезный контакт имел 51 ребенок.

В целях контроля были сделаны электрофореграммы у 10 здоровых детей в возрасте от 1-го года до 7 лет.

Количество общего белка определялось рефрактометрически.

При активных проявлениях у детей первичного комплекса, туберкулезного бронхаденита, милиарного туберкулеза, а также при экссудативном плеврите изменения в протеинограмме характеризовались уменьшением фракции альбуминов до 34,83%—56,25% (при норме 58,0—67,30%), закономерным увеличением альфа-2-глобулинов до 11,11%—25,5% (норма 7,65—10,25%) и умеренным, непостоянным повышением уровня гамма-глобулинов до 17,22—32,09% (норма 12,10—16,40%). Альфа-1-глобулиновая фракция обнаруживала тенденцию к увеличению до 5,05—10,50% (при норме 1,09—4,95%), главным образом, при остро протекавшем процессе. Бета-глобулиновая фракция у большинства детей оставалась индифферентной (в пределах 8,21—14,0%). Такой характер изменений в протеинограмме, по литературным данным (Обла-

ден, Шеффлер и др.), свойственен процессам преимущественно экссудативного типа (См. рис. 1).



Рис. 1.

Снижение уровня альбуминов при туберкулезе в литературе объясняется различными факторами: нарушением функции печени, где, по мнению большинства исследователей, происходит их синтез, и повышением капиллярной проницаемости (Ф. И. Гольдина, В. П. Бисярина). Увеличение альфа-2-глобулиновой фракции при различных формах туберкулеза у детей связывается большинством авторов с нарастанием той части этого протеина, который носит название гаптоглобина или мукопротеида-альфа-2, возрастающего при различного рода экссудативно-токсических процессах и отражающего пролиферацию соединительной ткани или распад основного вещества. Повышение уровня гамма-глобулинов при туберкулезе одними исследователями объясняется накоплением в крови защитных тел, другими — преобладанием пролиферативных клеточных процессов. Однако нарастание гамма-глобулинов до значительных цифр при имеющемся распаде, как это наблюдалось нами у некоторых детей, не может быть объяснено нарастанием уровня антител. По-видимому, это увеличение гамма-глобулинов связано с циркуляцией в крови белков тканевого распада, имеющих одинаковую электрофоретическую подвижность с истинными антителами.

При затихании активных проявлений туберкулеза и обратном развитии процесса после проведенного лечения антибиотиками (стрептомицин, фтивазид, паск) наблюдалось постепенное приближение протеинограммы к норме. Однако у большинства детей можно было наблюдать после исчезновения клинических данных еще остающиеся изменения в протеинограмме, хотя и выраженные в меньшей степени, чем до лечения, что свидетельствует о неполном выздоровлении и диктует необходимость дальнейшей терапии.

У детей старшего возраста с хронической туберкулезной интоксикацией (II) в протеинограмме имелись изменения «экссудативного типа», но выраженные в меньшей степени, чем у детей с локальными изменениями в легких.

Таким образом, степень диспротеинемических сдвигов зависела от выраженности туберкулезной интоксикации и массивности местных изменений.

У детей раннего возраста, положительно реагировавших на туберкулин по Пирке или Манту, но остававшихся рентген-отрицательными, с незначительными проявлениями туберкулезной интоксикации или без них, диспротеинемия носила несколько иной характер. Особенность за-

ключалась в том, что содержание гамма-глобулиновой фракции у большинства детей оставалось на нормальном уровне. Динамические наблюдения явились подтверждением специфичности найденных изменений, вызванных латентно протекавшим активным процессом. После лечения антибиотиками наблюдалось приближение протейнограммы к норме. Эти наблюдения дают объективное доказательство активности туберкулезного процесса у детей первых двух лет при обнаружении у них положительной туберкулиновой реакции и обосновывают необходимость применения активного противотуберкулезного лечения (с применением фтивазида).

Небезынтересным является сопоставление результатов электрофоретического исследования белковых фракций и их динамики с РОЭ и некоторыми другими методами, предложенными для оценки активности туберкулезного процесса. На основании динамических наблюдений у взрослых при туберкулезе (Н. М. Рудой, К. В. Бережкова), при ревматизме (Н. Д. Морозова) было выяснено, что имеется известный параллелизм между РОЭ и изменениями в белковых фракциях, главным образом с альфа-2-гиперглобулинемией. Однако, параллелизм этот они наблюдали не во всех случаях, и часто при нормальной РОЭ находились изменения в белковой картине крови. Мы также наблюдали ряд детей с инфильтративным бронхаденитом и первичным комплексом в фазе инфильтрации, у которых РОЭ не была ускорена и была нормальной температура. Диспротеинемия у этих детей была лабораторным показателем активности туберкулезного процесса, что было подтверждено дальнейшими наблюдениями.

Расхождение между величиной РОЭ и изменениями в белковых фракциях мы наблюдали и у детей в фазе компенсации процесса (нормализация T° , РОЭ) после проведенного лечения антибиотиками, когда электрофоретический анализ сывороточных белков заставлял думать, что не наступило еще полное выздоровление, и вынуждал сделать соответствующие выводы о дальнейшей терапии. Все эти наблюдения дают нам возможность сделать вывод о том, что изменения в белковых фракциях являются более тонким, чувствительным и надежным критерием оценки активности туберкулеза и помогают лучше следить за течением процесса, чем показания РОЭ.

Сопоставление протейнограммы с некоторыми другими методами оценки активности туберкулеза (модифицированными пробами Михайлова, Графе-Рейнвейна и Бредекка) так же выявило значительно большую ценность результатов электрофореграммы для суждения об активности туберкулезного процесса у ребенка.

Обнаруженные нами особенности электрофореграммы у больных туберкулезом детей нельзя считать специфичными для этого заболевания. Подобные изменения описаны при ревматизме, острых расстройствах пищеварения и питания у детей раннего возраста, скарлатине и при других инфекционных заболеваниях. Поэтому электрофореграмма имеет ограниченное значение при проведении дифференциального диагноза с другими заболеваниями. При сопоставлении протейнограммы с клиническими данными и результатами других методов исследования этот метод, особенно при динамическом подходе, может оказаться весьма ценным при дифференцировании с такими заболеваниями, как хроническая пневмония, ревматизм, и некоторыми другими.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бережкова К. В. Канд. дисс. 1956. — 2. Бисярина В. П. Тез. к докл. на сессии инст-та педиатрии АМН СССР совместно с периферическими педиатр. инст-тами, 1956. — 3. Гольдина Ф. И. Сб. авторефератов и тез. докл. на научн.

сессии института, 1957, Омск. — 4. Грачева Р. П. Пробл. туб., 1958, 4, стр. 37—43. — 5. Гурвич А. Е. Лабор. дело, 1955, 3. — 6. Кернер Ю. М. Проблема белковых дистрофий в патологии и клинике туб., 1935. — 7. Модель Л. М. и Сидельникова Е. Ф. Вегетативные дисфункции и нарушения обмена при туб., 1949. — 8. Морозова Н. Д. Канд. дисс., 1957, Казань. — 9. Рудой Н. М. Канд. дисс., 1956, Москва. — 10. Ewerbeck H. Kl. Wschr. 1950, H. 37/38. S. 638—641 — 11. Flynn H. and Mayo P. Lancet, 1951, 2, p. 235—239. — 12. Obladen H. B. Beitr. z. Kl. d. Tuberk. 1954, B. 112, S. 495—502. — 13. Plücker H. and Böhnke H. Beitr. z. Kl. d. Tuberk. 1954, B. 110, № 6. S. 517—521. — 14. Scheffler H. Zeitschr. f. Tuberk. 1955, B. 107, H. 1—3, S. 87—91.

Поступила 11 января 1959 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШКИ ВЕСЕННЕ-ЛЕТНЕГО КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В АКТАШКОМ РАЙОНЕ ТАССР В 1957 г.

Л. Н. Булатова, Н. М. Булатов

Из Акташской районной больницы (главный врач района — Г. И. Бакланов)

Первые случаи заболевания ВЛКЭ в 1957 г. начали регистрироваться в первой декаде мая, последние — во второй декаде сентября. Максимальное число заболеваний приходится на последнюю декаду июня, первую декаду июля, что наглядно видно из приводимой ниже кривой подекадной заболеваемости ВЛКЭ за 1956—1957 гг.

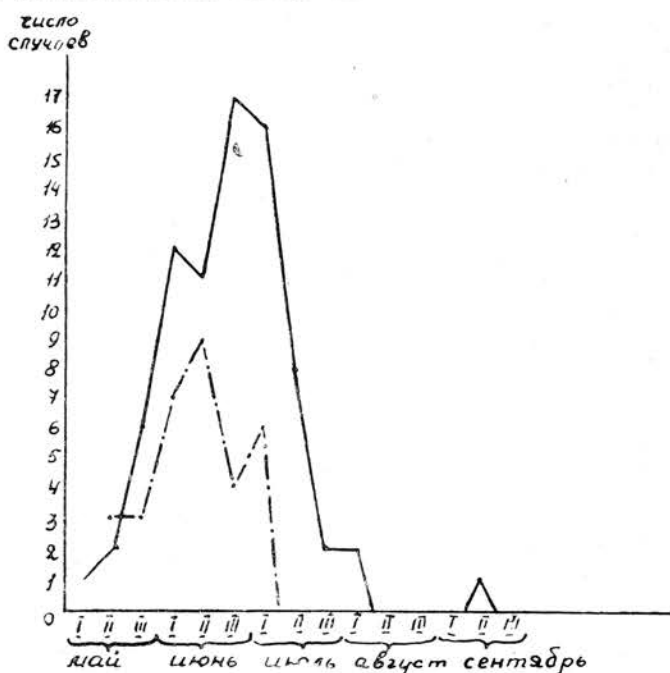


Рис. 1.

Подекадная заболеваемость весенне-летним клещевым энцефалитом в Акташском районе за 1956 и 1957 гг.: по вертикали — число случаев; по горизонтали — декады (римские цифры), месяцы; сплошная линия — кривая заболеваемости в 1957 г.; штрих-пунктирная — кривая заболеваемости за 1956 г.

ВЛКЭ заболевали люди, работавшие в лесах Акташского района или посещающие лес с целью прогулок, сбора ягод и т. д. 70 больных связывают заболевание с укусом клещей (89,74%), 2 употребляли

в пищу сырое козье молоко, в лесу не были, укус клеща отрицают (2,52%); у 6 человек укус клеща сочетается с регулярным приемом сырого козьего молока (7,74%).

Из числа заболевших — 46 мужчин, 32 женщины. Возраст заболевших колеблется от 1 года до 60 лет:

от 1 года до 7 лет — 7 человек (8,97%) и — от 8 до 15 лет — 18 человек (23,07%).

Из числа болевших 73 постоянно проживают в Акташском районе (93,5%), 5 человек приезжие (6,5%): из Горьковской области — 1, Калининградской области — 1, из Набережных Челнов ТАССР — 1, из Москвы — 1.

Инкубационный период в среднем составлял 5—19 дней (у 53 больных), укороченный инкубационный период в 2—4 дня отмечался у 4 больных, удлиненный — до 31 дня — у 7. У 38 (48,7%) больных острому периоду предшествовали общее недомогание, слабость, головная боль или головокружение, потеря аппетита, сонливость или бессонница, тошнота, рвота, клонические судороги и фибриллярные подергивания в мышцах рук, ног, туловища. У 40 человек начало заболевания острое, больные указывают не только день, но и час заболевания: внезапно повышалась температура, появлялись чувство жара, озноб, ломящие боли в пояснице, конечностях, сильнейшие головные боли, тошнота, рвота.

Течение заболевания в основном легкое. Лихорадочный период длился от 4 до 10 дней, редко больше; у 14 больных наблюдалось двухволновое течение заболевания (17,9%), причем вторая волна протекала тяжелее первой (как общинфекционные, так и мозговые симптомы были сильнее выражены). Чаше температура снижалась литически (у 53 больных), реже — критически (у 25 больных), у части больных наблюдали длительное время субфебрилитет, не зависящий от каких-либо интеркуррентных заболеваний.

В первые дни болезни у большей части больных наблюдались заторможенность и сонливость при сохранении сознания и ориентировки: на вопросы отвечали с замедлением, лаконично, движения были замедлены, недостаточно плавные. Кожа лица, шеи гиперемирована, конъюнктивы инъецированы, иногда наблюдалась субиктеричность склер; у 9 больных отмечалась потливость. Пульс — чаще в остром периоде — несколько замедлен до 60—80 ударов в одну минуту.

Кровяное давление — в пределах нормы, чаще несколько понижено (у 45 больных, или в 58%). Тоны сердца приглушены.

Уже в раннем периоде болезни у большинства больных наблюдались тошнота, рвота, отсутствие аппетита. У части больных с первых дней болезни отмечались упорные запоры, у других — профузные поносы (3 человека). У 4 больных было незначительное увеличение левой доли печени, пальпация ее болезненна, селезенка не пальпировалась. В лихорадочном периоде болезни у 4 больных были обнаружены белок в моче 0,66‰ и эритроциты, свежие и выщелоченные, до 15—30 в поле зрения.

Со стороны крови наблюдались, в основном, следующие изменения: у 32 больных (41%), отмечены увеличение количества эритроцитов, гемоглобина (до 100%), ускорение РОЭ (до 42 мм/час), лейкопения до 2150 — у 15 больных (19,2%), чаще лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, снижение процента эозинофилов (у 36 больных, или в 46%). У одного больного были клетки Тюрка.

Менингеальные симптомы различной степени выраженности составляли основной фон клинической картины острого периода болезни и наблюдались у 65 больных (83,3%). Головные боли, тошноту или рвоту отмечали почти все больные, часто наблюдалась болезненность спинальных корешков, а также при пальпации мышц спины, верхних и нижних

конечностей. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и Брудзинского появлялись в первые дни болезни, исчезали со снижением температуры, у одного больного наблюдались длительное время при нормальной температуре.

Симптомы поражения черепно-мозговых нервов наблюдались у 10 больных (12,82%), в том числе понижение обоняния при отсутствии катара верхних дыхательных путей — у 9, понижение остроты зрения — у 4.

При менингеальном синдроме у 17 больных наблюдались симптомы поражения глазодвигательной группы нервов, лицевого нерва и симпатической иннервации глаза.

Симптом раздражения тройничного нерва (болезненность в точках выхода его ветвей) наблюдался у 10 больных. Двусторонний парез жевательной мускулатуры с их вялой атрофией — у 2 больных.

Расстройство вкуса в остром периоде не определялось.

Односторонняя сглаженность носогубной складки отмечалась у 3 больных, у единичных больных было ослабление слуха. Одновременное поражение IX, X, XI, XII пар черепно-мозговых нервов в остром и восстановительном периодах наблюдалось у одного больного (гнусавость голоса, нарушение глотания твердой и жидкой пищи, двусторонняя атрофия трапецевидных и грудино-ключично-сосковых мышц, затрудненное дыхание).

Большой эпилептический припадок в остром периоде заболевания был у одной больной, в последующем припадки не повторялись, у этой же больной наблюдались симптомы поражения мозжечка.

Приводим краткую историю болезни.

Б-ная Ф., 59 лет, домохозяйка, проживает в Москве. На летний период приезжала в Акташский район. 16 июня подверглась укусу клеща. Заболела остро в ночь с 1/VII на 2/VII-57 г. Появились головная боль, тошнота, рвота, общая слабость, профузный понос. Утром 2/VII-57 г. больная внезапно потеряла сознание, упала, появились клонико-тонические судороги во всех группах мышц, были выражены цианоз и одутловатость лица, цианоз губ. Больная на вопросы не отвечала. Припадок длился 10—15 мин, после припадков больная, не приходя в сознание, уснула. Когда больная проснулась, то жаловалась на головную боль и боль в глазах. Отмечается амнезия. Вид больной заторможенный, сознание ясное, ориентируется хорошо. На вопросы отвечает медленно, полупешотом, слова растягивает. Понижен мышечный тонус. Понижены все рефлексы (сухожильные и кожные). Отмечается асинергия. Поверхностная чувствительность не нарушена. Резкая болезненность при пальпации мышц спины. Движения в руках размашистые. Пальце-носовая проба проводится толчкообразно и не точно. Менингеальные симптомы положительные. Походка неуверенная, больная как бы боится упасть. Равновесие удерживается с помощью широко расставленных рук, при ходьбе падает влево. Положителен симптом Ромберга с открытыми и закрытыми глазами.

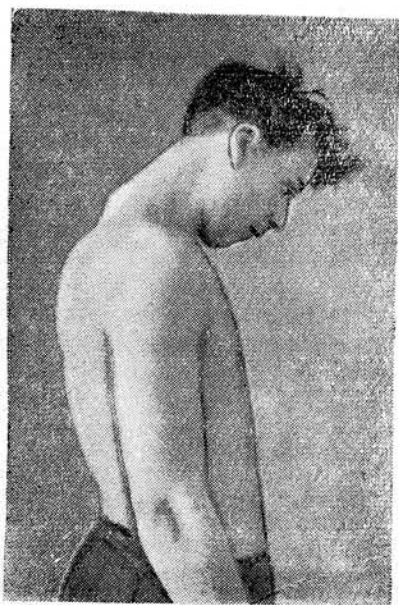
Температура на 2-й день пребывания в стационаре снизилась до нормы, значительный подъем наблюдался на 5-й день пребывания в стационаре. АД — 80/45. Пульс несколько учащен — 88—100 при нормальной температуре. Анализ крови от 4/VII-58 г.: эр. — 4 580 000, гемоглобин — 79%, РОЭ — 18 мм/час, Л. — 8 000, э. — 5%, п. — 4%, с. — 64%, л. — 25%, м. — 2%.

Изменений со стороны внутренних органов не отмечалось. 6/VII общее состояние удовлетворительное. Вид заторможенный, на вопросы отвечает медленно, жалуется на головокружение, неустойчивую походку, звон в ушах, ослабление памяти. Язык при высовывании отклоняется влево. Реакция связывания комплемента сыворотки больной с антигеном клещевого энцефалита дала положительный результат. Выписана из стационара на 12 день болезни, по настоянию больной.

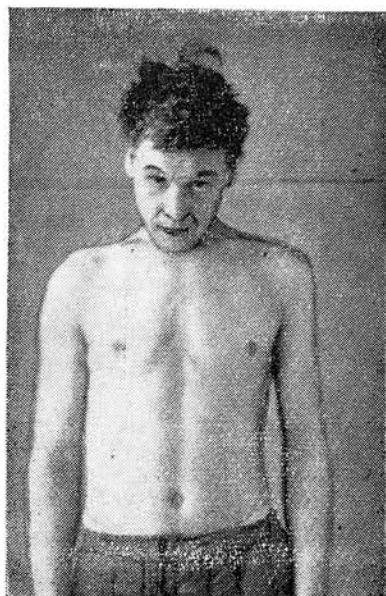
Двигательные нарушения в виде одно- или двухсторонних парезов верхних или нижних конечностей наблюдались у 12 больных. Ослабление сухожильных рефлексов отмечалось у 19 больных, у некоторых больных была асимметрия сухожильных рефлексов. Кожные рефлексы выпадали на половине тела у 25 больных. Патологический рефлекс Бабинского наблюдался у 3 больных. Тонус мышц верхних и нижних конечностей в остром периоде у 41 больного был несколько снижен.

Все эти нарушения движения быстро восстанавливались после снижения температуры и улучшения общего состояния. Полиомиелитический тип нарушения движения мы наблюдали у 9 больных; наблюдались как односторонние, так и двухсторонние парезы верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся атрофией мышц проксимального их отдела, понижением сухожильных рефлексов и мышечного тонуса. Кроме паралича шейно-плечевой мускулатуры, отмечались параличи различных мышц туловища: длинной и широкой мышц спины, передней зубчатой мышцы, грудных, межреберных, надостных, подостных. Основной тип нарушения движения — парезы верхних конечностей (у 7 больных), у 2 больных отмечали парез нижних конечностей. У большинства больных парезы выявляются на 2-й, 3-й дни болезни, в остром периоде они чаще симметричные, в последующем выявлялась некоторая неравномерность, парез был более выражен в одной из конечностей.

Расстройства чувствительности в остром периоде наблюдались у 45 больных (57,6%) в виде болезненности мышц туловища, шеи, нервных стволов, паравертебральных точек при давлении на них; у 11 больных резко болезненны при надавливании точки проекций всех ветвей тройничных нервов. Гиперестезии наблюдались у двух больных. Сильные постоянные боли по ходу нервов при надавливании были у 5 больных, у всех они локализовались в паретических конечностях. Нарушение поверхностной чувствительности отмечалось у двух больных; у одного из них наблюдалось понижение всех видов поверхностной чувствительности в области левой дельтовидной мышцы размером 8×17 см, у другого — понижение тактильной чувствительности на левой половине лица, волосистой части головы, шеи и на туловище в виде полукуртки, отсутствие болевой и температурной чувствительности в этой же зоне при сохранении глубокой чувствительности.



А



Б

Рис. 2.

Остаточные нарушения после весенне-летнего клещевого энцефалита у больного К. Вялый верхний паразетез, паралич и атрофия мышц шеи. (Вид спереди и сбоку)

У 2 больных наблюдалась своеобразная кожная реакция на месте укуса клеща, напоминающая рожистое воспаление, которая и заставила их обратиться в больницу.

В сезон 1957 г. мы наблюдали следующие формы весенне-летнего клещевого энцефалита:

Полиэнцефаломиелитическую форму — у 9 больных. Сюда мы относили больных, у которых были одно- или двухсторонние парезы верхних или нижних конечностей, сопровождающиеся атрофией шейно-плечевой мускулатуры и мышц проксимальных отделов конечностей, сочетающиеся с незначительными изменениями черепно-мозговых нервов.

У одного больного парезы верхних конечностей, параличи шейно-плечевой мускулатуры сочетались с бульбарными расстройствами. С менинго-энцефалитической формой наблюдали двух больных, у которых, кроме менингеальных симптомов, были общемозговые расстройства, затемнение сознания, эпилептические припадки, симптомы поражения мозжечка. Один из этих больных умер на 20-й день пребывания в стационаре.

У большинства больных (у 36 чел. — в 46,15%) наблюдалась менингеальная форма. Различная степень выраженности менингеальных симптомов сочеталась у них с нестойкими поражениями черепно-мозговых нервов, нестойкими двигательными нарушениями.

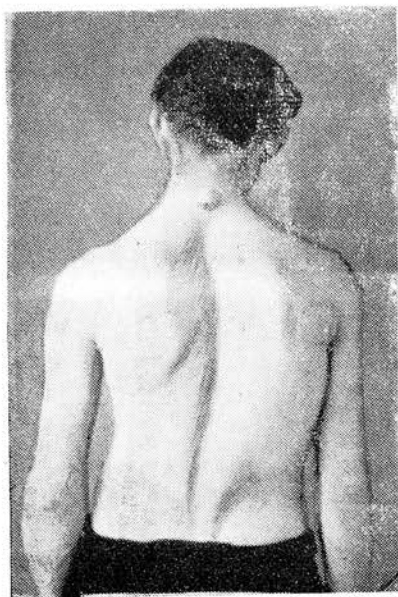


Рис. 3.

Остаточные нарушения после весенне-летнего клещевого энцефалита у больного X. Парез и атрофия мускулатуры шеи, плечевого пояса, груди, спины слева, искривление грудного отдела позвоночника.

У 31 больного заболевание протекало стерто, у 14 из них было abortивное течение. Лихорадочный период был недлительным (1—5 дней), слабо были выражены общемозговые симптомы, двигательных нарушений не было.

Кровью семи больных в остром периоде были заражены белые мыши, от пяти больных был выделен вирус весенне-летнего клещевого энцефалита. У 35 больных в первые три дня после поступления и на

15—20-й день пребывания в стационаре, у 25 больных однократно, только в первые три дня после поступления в стационар, бралась кровь для постановки реакции нейтрализации. С сывороткой крови больных ВЛКЭ в Казанском научно-исследовательском институте эпидемиологии и гигиены была поставлена реакция связывания комплемента с антигеном клещевого энцефалита. В 33 случаях получен положительный результат.

Лечение проводилось комплексно, как специфическое, так и симптоматическое.

Лечебная сыворотка (специфическое лечение) в первые дни поступления применялась в зависимости от возраста и тяжести заболевания в количестве 20—160 мл, в среднем в течение 3 дней. Сыворотка вводилась по Безредко. Сывороткой лечились 75 больных из 78. Сывороточная болезнь наблюдалась у 18 больных (в 24%).

Одновременно начиналось лечение акрихином. Курс лечения акрихином состоял из 3 циклов по 5 дней с интервалом между ними в 5 дней. Суточная доза первого дня каждого цикла — 0,4, в последующие дни — 0,3. Акрихинотерапия проводилась у 60 больных из 78. Из 60 леченных акрихином в комплексе с сывороткой в первые четыре дня с момента начала лечения температура снизилась до нормы у 53 больных (88,2%); на 5-й день — у 6 больных, на 8-й день — у одного больного. Менингеальные симптомы исчезли в первые четыре дня у 55 больных (91,6%), на 5-й день — у 3 больных, на 6-й день — у одного больного и держались свыше 10 дней — у одного.

Кроме того, применялось симптоматическое лечение: глюкоза — 40% раствор внутривенно, пенициллин внутримышечно, сульфаниламиды, болеутоляющие и др.

Поступила 12 июня 1958 г.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ НАЛОЖЕНИИ КОЖНО-ГОЛОВНЫХ ЩИПЦОВ

Р. Х. Амиров

(Зав. акушерско-гинекологическим отделением)

В 1932 г. А. А. Ивановым, независимо от Уилта (Willet) и Гауса (Gauss — 1934 г.), был предложен новый метод родоразрешения при первичной слабости родовой деятельности и наличии мертвого плода. Он был назван «способом постоянного, непрерывного влечения за головку».

В настоящее время данная операция называется «кожно-головные щипцы по Уилт — Иванову». Как известно, операция состоит в том, что захватывается кожа головки плода щипцами Мюзо, к рукоятке которых привязывается шнур (бинт) с грузом, который перекидывается через блок для создания равномерного вытяжения.

В дальнейшем операция наложения кожно-головных щипцов стала применяться при предлежании плаценты, а также как один из методов стимуляции родовой деятельности при первичной и вторичной слабости ее не только при мертвых, но и живых плодах. Щипцы Мюзо, или пулевые, оставляют после себя рваные раны кожных покровов головы, которые нередко инфицируются и нагнаиваются. Это привело к тому, что ряд авторов предложил заменить щипцы Мюзо модификацией, исключающей данное осложнение. Так, например, были предложены щипцы Я. И. Русина, гемorroидальные щипцы, вакуум-аппарат по Демичеву — Петченко, вакуум-экстрактор и другие. Большинство авторов предлагает груз, прикрепляемый к щипцам, весом от 250,0 до 1000,0, в среднем 500,0—700,0.

Нами было подвергнуто анализу 35 случаев наложения кожно-головных щипцов, что составляет 0,8% к 4000 родов. Во всех 35 случаях применялись щипцы Мюзо, или пулевые. Вес груза колебался от 200,0 до 700,0. Наложение кожно-головных щипцов проводилось как под контролем зрения, так и под контролем пальцев. По поводу бокового и краевого предлежания плаценты кожно-головные щипцы были наложены у 5 рожениц, остальные 30 — по поводу первичной и вторичной слабости родовой деятельности. Срочные роды имели место у 21 женщины, перенесенные у 11, и у 3 женщин были преждевременные роды. На живых плодах кожно-головные щипцы были наложены 32 раза и на мертвых — 3. Продолжительность родов до наложения кожно-головных щипцов составляла от 10 до 84 часов: до 12 часов — у 6 рожениц, до 24 часов — у 6, до 36 часов — у 7, до 48 часов — у 5, до 60 часов — у 5, до 72 часов — у 1, до 84 часов — у 1. В четырех случаях кожно-головные щипцы были наложены при отсутствии родовой деятельности, ввиду начавшегося кровотечения при предлежании плаценты.

До наложения кожно-головных щипцов у 29 рожениц применялась стимуляция родовой деятельности по Штейну, Хмелевскому и хинином. У 6 рожениц кожно-головные щипцы накладывались без предварительной стимуляции. Длительность нахождения щипцов на голове не превышала 8 часов, в большинстве случаев — от 1 до 5 часов.

Продолжительность родов с момента наложения кожно-головных щипцов до рождения ребенка показана в таблице 1.

Табл. 1.

Ч а с ы		до 1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	12-13	15-16	26-27	Всего
Родораз- решение	оперативное	1	2	1	1	3	1	1	2	2	3	1	—	1	18
	неоперативное	5	5	3	—	—	—	3	—	—	—	—	1	—	17
Всего:		5	7	4	1	3	1	4	2	2	3	1	1	1	35

Из данной таблицы видно, что из 17 случаев неоперативного родоразрешения в первые 3 часа роды закончились в 13 случаях, а в 4-х в последующие часы. Из 18 родов, потребовавших оперативных мер, в первые 3 часа родоразрешились только 3 женщины. Исход остальных наступил позднее, вплоть до 13 часов. В одном случае роды закончились через 27 часов после наложения кожно-головных щипцов.

Если после наложения кожно-головных щипцов в течение первых трех часов не наступили роды, то в последующие часы повторное наложение кожно-головных щипцов эффекта не давало. Так, из двух случаев повторного наложения кожно-головных щипцов в одном случае роды закончились кесарским сечением на мертвом плоде, а в другом — полостными щипцами.

Среди 17 случаев неоперативного родоразрешения у 8 женщин роды закончились без последующей стимуляции родовой деятельности: в первые 2 часа у 6, через 7 часов — у 2. Остальные 9 рожениц родили самостоятельно после дополнительной фармакологической стимуляции или применения бинта Вербова: в первые 3 часа — 7, через 7 часов — 1, через 16 часов — 1.

Как уже было сказано выше, в 18 случаях после наложения кожно-головных щипцов роды пришлось закончить оперативным путем: в 13 случаях потребовались — полостные и выходные

щипцы, в 2 перфорация головки, в двух — поворот на ножку и в одном — кесарское сечение. Перфорация головки в обоих случаях сделана на мертвых плодах, ввиду затянувшихся родов и начавшегося эндометрита. В первом случае продолжительность родов составила 90 часов 30 мин, во втором — 50 часов. У двух рожениц, ввиду начавшейся асфиксии плода, при его подвижности был сделан поворот на ножку с последующим извлечением. В одном случае операция была произведена через 10 часов после наложения кожно-головных щипцов (извлечен доношенный плод в белой асфиксии — оживлен), в другом случае через 9 часов (извлечен мертвый плод). В одном случае, ввиду упорной слабости родовой деятельности, через 27 часов после двухкратного наложения кожно-головных щипцов роды были закончены кесарским сечением при мертвом плоде.

В пяти случаях предлежания плаценты при кровотечении наложение кожно-головных щипцов дало кровоостанавливающий эффект. Из них в четырех случаях кожно-головные щипцы были наложены при отсутствии родовой деятельности, в одном случае — в родах. В четырех случаях мертворождения кожно-головные щипцы были наложены на живом плоде. В первом случае после их наложения сердцебиение исчезло через 8 часов и роды закончились перфорацией головки; во втором случае, ввиду начавшейся асфиксии плода, был сделан поворот на ножку и извлечен мертвый плод. В двух случаях дети погибли при их извлечении акушерскими щипцами. В период новорожденности умерло двое детей. Один доношенный ребенок умер от родовой травмы (кровоизлияние в мозг) через 16 часов после родов, и второй — через 1,5 месяца от пневмонии.

В родах, вследствие начавшегося кровотечения, в 7 случаях было произведено ручное отделение последа. В послеродовом периоде у 13 женщин наблюдались следующие осложнения: эндометрит в 8 случаях; расхождение швов, наложенных на разрывы промежности, — в 3 случаях; сепсис — в 1; субинволюция матки — в 1.

Непосредственные осложнения у плодов после наложения кожно-головных щипцов наблюдались 5 раз: в четырех случаях — обширные рваные раны кожи волосистой части головы, из них в одном случае дело закончилось нагноением, а в другом — флегмоной мягких тканей головы. В пятом случае, в результате наложения кожно-головных щипцов, излилось вещество мозга; здесь вообще их наложение было противопоказано, так как имела гидрцефалия плода.

Как известно, кожно-головные щипцы были предложены вместо операции метрейриза, которая имеет целью механическое расширение шейки матки, что в свою очередь, ведет к вызыванию или усилению родовой деятельности. При полном же открытии шейки матки, как это видно из табл. 2, наложение кожно-головных щипцов мало эффективно.

Табл. 2.

Степень раскрытия шейки матки при наложении кожно-головных щипцов и исход родов

Степень раскрытия шейки матки (в поперечных пальцах)		1—1,5	2—2,5	3—3,5	Полное	Всего
Родораз- шение	оперативное	2	—	3	13	18
	неоперативное	2	1	3	5	11
	акушерское пособие (бинт Вербова)	—	2	—	4	6
Всего:		4	3	6	22	35

В 22 случаях кожно-головные щипцы были наложены почти при полном открытии шейки матки: роды закончились спонтанно в 5 случаях, после применения бинта Вербова в 4 случаях и после оперативного родоразрешения — в 13 случаях. В пяти случаях самостоятельно закончившихся родов едва ли помогли кожно-головные щипцы, ибо трудно представить, что при полном открытии шейки матки щипцы Мюзо, наложенные на кожу головы, могут низвести ее. В одном случае, как это уже было сказано выше, кожно-головные щипцы были наложены при гидроцефалии, что привело к излиянию вещества мозга. Здесь после уменьшения объема головы роды быстро закончились самостоятельно.

В качестве примера, что кожно-головные щипцы не дают эффекта при полном открытии шейки матки, можно привести два случая, когда они были наложены при двойнях ввиду вторичной слабости родовой деятельности. Щипцы были наложены на головку вторых плодов после рождения первых: в одном случае — через 2 часа 20 мин, и роды закончились через 30 мин после применения бинта Вербова; во втором случае — через 3 часа, и роды закончились через 1 час 30 мин путем наложения полостных щипцов.

ВЫВОДЫ:

1. Кожно-головные щипцы являются акушерской операцией, имеющей свои строгие показания и противопоказания. Применение кожно-головных щипцов показано при частичном предлежании плаценты. Кроме того, кожно-головные щипцы можно рассматривать как один из дополнительных методов стимуляции родовой деятельности при первичной и вторичной ее слабости в первом периоде родов.

2. Кожно-головные щипцы можно накладывать при открытии шейки матки не более 3-х п/пальцев. При большем открытии операция не может быть рекомендована ввиду малой эффективности и возможности осложнений со стороны матери и плода.

3. Положительный эффект операции следует ожидать в течение первых трех часов с момента наложения кожно-головных щипцов. Дальнейшее выжидание нецелесообразно, необходимо применение других методов родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аловский А. Д. Акуш. и гинек., 1951, 4. — 2. Жмакин К. Н. и Степанов Л. Г. Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство. Медгиз, 1953. — 3. Иванов А. А. Акуш. и гинек., 1955, 4. — 4. Новицкий Д. А. Акуш. и гинек., 1951, 4. — 5. Русин Я. И. Акуш. и гинек., 1946, 2.

Поступила 7 января 1958 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИДЕРМОФИТИИ СТОП¹

Асс. А. И. Бизяев

Из кафедры кожных и венерических болезней (зав.— проф. Н. Н. Яснитский) Казанского медицинского института и Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Эпидермофития стоп — это одно из наиболее распространенных кожных заболеваний инфекционно-аллергического характера. Так, при массовых обследованиях населения это заболевание диагностируется от 9,1% до 19% (Ариевич, Матушкин), причем у 30—80% обследован-

¹ Доложено на заседании общества дерматологов и венерологов ТАССР 25/XII 1957 г.

ных обнаруживаются «стертые» формы заболевания, подтверждаемые лабораторными исследованиями (Ариевич, Бокар, Вейдман, Ходаковский и другие).

При обследовании рабочих казанского мехового комбината эпидермофития диагностирована нами у 21% рабочих, причем у 17% обследованных диагноз подтвержден лабораторно (А. И. Бизяев, В. Л. Черныкова, В. И. Фролова). От 4-х до 5% больных клиники Казанского медицинского института — это больные наиболее тяжелыми формами эпидермофитии стоп, лечение которых в условиях поликлиник было безуспешным.

Нередко острое, бурное течение эпидермофитии с явлениями вторичных, часто диссеминированных высыпаний, с осложнениями, или переход процесса в хроническое течение делают больного нетрудоспособным и требующим длительного стационарного лечения.

С 1952 по 1957 гг. на стационарном лечении в клинике находилось 200 больных с эпидермофитией стоп, из которых 156 были жителями города и 44 — сельской местности. Мужчин было 123, а женщин 77.

Наибольшее количество больных (71) имели возраст от 20 до 30 лет. Детей до 10-летнего возраста было 5.

По срокам заболевания больные распределяются следующим образом: до 1 месяца болело 45 человек, до 3 месяцев — 31, до 1 года — 51, от 1 до 5 лет — 41, от 5 до 10 лет — 16, от 10 до 20 лет — 9, более 20 лет — 2, и без указания срока болезни было 5 больных.

У 77 (38,5%) была диагностирована интертригинозная форма эпидермофитии; у 72 (36%) — дизгидротическая; у 42 (21%) — комбинированная (сочетание первых двух форм), и у 9 (4,5%) — сквамозная. Неосложненная форма эпидермофитии диагностирована у 26 больных (13%), у 28 (14%) процесс был осложнен реактивным воспалением кожи и экзематизацией; у 56 (28%) имелись высыпания аллергидов; у 36 (18%) процесс был осложнен импетигенезацией, и у 54 (27%) имелись одновременно другие кожные заболевания (экзема, нейродермит, фотодерматоз и другие).

Миконосительство, частота осложнений в виде высыпания аллергидов, экзематизация, сочетание с другими кожными заболеваниями (экзема, нейродермит) являются фактами, подтверждающими наличие у больных эпидермофитией повышенной реактивности организма, и в частности кожи.

Учитывая это, каждому больному назначался индивидуальный план терапии, включающий и нормализацию реактивных свойств организма. При отсутствии у больных эпидермофитией объективных изменений нервной системы и внутренних органов и при явлениях сенсibilизации применялись методы неспецифической десенсибилизирующей терапии. Так, 71 больному проводились курсы внутривенных вливаний 30% раствора гипосульфита натрия по 10,0 ежедневно, на курс 12—18 вливаний; 11 больным — внутривенные вливания бромистого натрия; 8 — курс внутривенных вливаний 0,5% раствора новокаина; 5 — аутогемотерапия; 2 — инъекции алоэ; 3 — паравerteбральная диатермия; 3 больным — курс внутривенных вливаний раствора хлористого кальция; 1 — инъекции никотиновой кислоты; 4 — инъекции витамина В₁; 9 — инъекции 1% раствора мышьяковистого натрия; 32 больных получали внутрь микстуру Бехтерева; 6 — прием внутрь жидкости АСД фракция № 2; 1 — хлористый кальций; 1 — промедол.

26 больных, имевших эпидермофитию, осложненную пиодермией, иногда с явлениями лимфангоита и лимфаденита, подвергались пенициллинотерапии.

Из методов наружной терапии при островоспалительных явлениях применялись 2% борная, боровская, борно-боровская примочки. При пиодермии отдавалось предпочтение применению видоизмененной примочки профессора А. Г. Ге (карболовой кислоты 0,25%; камфарного спирта 5%; свинцовой воды до 100,0), риваноловой примочки, а также и из раствора марганцовокислого калия.

После ликвидации островоспалительных явлений и эпителизации эрозии назначались укусные ванночки для стоп из расчета 1 столовая ложка 7—9% уксуса на 1 литр воды вначале комнатной температуры с постепенным доведением их до горячих при условии хорошей переносимости. При пиодермии на очагах предпочтение отдавалось ванночкам из раствора марганцовокислого калия 1 : 4000 — 1 : 6000. Каждому больному в межпальцевые складки стоп назначались прокладки с пудрой следующего состава: салициловой кислоты 5%; таннина и борной кислоты по 10%; окиси цинка и талька по 10,0.

После отмены примочек больным на 1 сутки назначалась индифферентная терапия для проверки индивидуальной переносимости назначаемых основ — цинковой пасты, цинкового масла, с последующим введением в их состав фунгистатических средств — препаратов серы, дегтя, салициловой кислоты и нафталана в постепенно возрастающих концентрациях.

С хорошим клиническим эффектом широко применялась жидкость Дорогова (АСД фракция № 3), которая вводилась в состав цинкового масла в концентрации от 5 до 25%.

В качестве заключительного этапа терапии для ликвидации остаточных тканевых изменений применялась рентгенотерапия. Рентгенотерапией удавалось ликвидировать как субъективные, так и объективные тканевые изменения на очагах.

Из 200 больных при среднем пребывании на койке до 1 месяца выписались с клиническим выздоровлением 131 человек (65,5%), со значительным улучшением — 49 больных (24,5%) и с улучшением — 20 человек (10%). Большинство больных, выписанных с улучшением, находились на койке от 8 до 18 дней, они были выписаны досрочно по их настоятельной просьбе после ликвидации у них островоспалительных явлений.

Одновременно с назначением лечения больным рекомендовалась в качестве необходимого мероприятия дезинфекция обуви в целях профилактики повторного заражения. Внутренняя поверхность обуви и стелька тщательно протираются ватным тампоном, обильно смоченным 40% раствором формалина. Обувь закрывается плотно в газетную бумагу, где она остается в течение нескольких дней. Дезинфекция должна производиться повторно.

ВЫВОДЫ:

1. При эпидермофитии стоп — заболевании инфекционно-аллергического характера — необходимо обязательное применение методов общего воздействия на организм, нормализующих повышенную реактивность организма (применение внутривенных вливаний 30% раствора гипосульфита натрия, 10% раствора хлористого кальция, 2-х и 10% растворов бромистого натрия, аутогемотерапии).

2. После ликвидации островоспалительных явлений хороший эффект дает применение на очаги поражения жидкости Дорогова (АСД фракция № 3) при введении ее в состав цинкового масла, цинковых мазей и паст в 5 — 10% концентрациях.

3. Для полной ликвидации остаточных явлений (инфильтрации, зуда) рекомендуется назначать местную рентгенотерапию.

4. Как профилактически, так и с лечебной целью при межпальцевой эпидермофитии стоп хороший эффект оказывает пудра, содержащая таннина и салициловой кислоты по 5% и борной кислоты 10%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриясян Г. К. Вест. венер. и дерм., 1954, 2. — 2. Грингар Ф. Н. Вест. венер. и дерм. 1953, 5. — 3. Еремян А. В. Вест. венер. и дерм., 1953, 1. — 4. Кожевников П. В. Вест. венер. и дерм., 1957, 3. — 5. Кунин Л. Б. Вест. венер. и дерм., 1957, 4. — 6. Кристалеvская С. А. Вест. венер. и дерм., 1953, 5. — 7. Кашкин П. Н. Дерматомикозы. Медгиз, 1954. — 8. Сапожникова М. Н. Вест. венер. и дерм., 1955, 3. — 9. Сборник «Экспериментальные и клинические исследования», XI. Вопросы дерматомикологии, 1956.

Поступила 20 марта 1958 г.

О БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ ВОЗДУХА В ПОМЕЩЕНИЯХ ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ И ЕГО ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ОЧИСТКЕ

Асп. Т. А. Шакиров

Из кафедры общей гигиены (зав. — проф. В. В. Милославский)
Казанского медицинского института

Учитывая актуальность вопроса об оздоровлении воздуха больничных помещений, мы поставили задачу выяснить степень бактериальной загрязненности воздуха операционных блоков с механической вентиляцией и без нее.

Работа проводилась в клинике имени А. В. Вишневского, Республиканской клинической больницы, в 12-й и 8-й городских больницах Казани.

Хирургическая клиника имени А. В. Вишневского построена в 1897—1900 гг., в связи с чем в устройстве ее операционного блока много санитарно-технических недостатков. Здесь нет специального помещения для предоперационной, электропроводка и отопительные приборы расположены открыто и имеют ребристые трубы, которые не отвечают современным санитарно-гигиеническим требованиям и сейчас не применяются даже в жилых зданиях. Организованной системы вентиляции в операционной и других помещениях операционного блока нет. Приточно-вытяжная вентиляционная система с тепловым побуждением, которой было оборудовано здание, не действует. Операционный блок расположен в первом этаже, операционная ориентирована на север.

Операционный блок 12-й городской больницы расположен во втором этаже трехэтажного главного корпуса больницы, построенного по типовому проекту Госздравпроекта в 1949 году. Операционный блок занимает отдельное крыло здания, состоит из операционной, предоперационной и автоклавной. Операционная обращена на север. Электропроводка расположена скрыто, лучистое отопление стенового типа. Операционная комната оборудована механической вытяжной системой вентиляции; приточная в настоящее время не действует.

Главный корпус 8-й больницы построен в 1951 году по типовому проекту хирургического корпуса на 75 коек (№ 1116) Госздравпроекта. Это двухэтажное кирпичное здание находится в лесистой местности. Операционный блок расположен во втором этаже левого крыла здания,

операционная ориентирована на север. Операционный блок оборудован механической приточной вентиляционной установкой, которая обеспечивает подачу воздуха непосредственно в обе операционные комнаты и коридор операционного блока.

В указанных объектах зимой и летом было проведено определение микробной загрязненности воздуха операционных комнат, предоперационных и коридоров. Обсемененность в операционной комнате определялась в неоперационное время и непосредственно перед началом операций, а там, где есть система вентиляции, перед включением ее. Далее посевы делались к концу операций, в момент зашивания операционной раны и в промежутках между операциями. Посевы воздуха проводились с помощью аппарата Кротова, в качестве питательной среды использовался мясо-пептонный агар. Для обнаружения санитарно-показательных микроорганизмов (гемолитический и зеленеющий стрептококки) посевы делались на кровяной агар. В некоторых случаях проводилось изучение видового состава высеваемых микроорганизмов. Измерялись температура и относительная влажность воздуха. В исследуемых объектах в течение 1955—1957 гг. проведено 900 анализов.

Бактериальная загрязненность воздуха помещений операционных блоков в зимнее время

В 12-й больнице в коридоре операционного блока обсемененность воздуха в 95,6% случаев составляла около 12 000 микроорганизмов в 1 м³, в предоперационной — в 89% случаев в пределах 5500—8500, а в операционной комнате в неоперационное время в 83% случаев 3 200—5 800.

К началу операций обсемененность воздуха операционной возрастала: в 80% случаев обнаружено 8600 микроорганизмов в 1 м³. Дальнейшего увеличения обсемененности к концу операций по сравнению с обсемененностью перед началом операций не наблюдалось.

В промежутках между операциями, начиная с момента отхода хирургов от операционного стола, когда значительно усиливается движение персонала (снятие больного со стола, подготовка к следующей операции, смена белья, приготовление инструментов, смена персонала, обработка рук и т. д.), наблюдается вновь значительное увеличение числа микробов. В 90% случаев исследований обнаружено в среднем 11 300 микроорганизмов в 1 м³.

В операционной клинике имени А. В. Вишневского обнаруживалась значительно большая обсемененность. Это, очевидно, объясняется тем, что число присутствующих на операциях студенческих групп здесь почти всегда больше. В промежутках между операциями обсемененность воздуха колебалась в пределах 12 500—16 300.

В операционном блоке 8-й больницы исследования проводились как при включенной вентиляции, так и выключенной.

При выключении механической приточной вентиляционной установки зимой в коридоре операционного блока в 56% случаев обсемененность воздуха достигала 10 300 микроорганизмов. В операционной комнате перед началом операций в 67% случаев находили 6500, а в остальных случаях — 11 000 микробных тел. В промежутках между операциями и к концу операций загрязненность была такая же, как и в операционной 12-й больницы. Во время действия механической приточной вентиляции при шестикратном обмене воздуха в помещении в течение одного часа в неоперационные часы обсемененность достигала лишь 800 микроорганизмов в 1 м³ воздуха. Если перед включением вентиляции в операционной комнате в операционные дни высевалось от 4100 до

5800 микроорганизмов, то при включенной вентиляции к концу операций (в момент зашивания операционной раны) можно было насчитать не более 1380 в 1 м^3 , то есть в 5—6 раз меньше, чем без вентиляции. В промежутках между операциями обсемененность хотя и возрастала при работе механической вентиляции, однако не столь значительно, как без нее: обнаружено в среднем 2440 микробных тел в 1 м^3 воздуха. Это тоже в 5—6 раз меньше обсемененности при выключенной вентиляции. Летом исследования проводились по той же схеме, что и зимой.

Бактериальная загрязненность воздуха помещений операционных блоков в летнее время

Механическая вентиляция в 12-й больнице летом не работала, но естественный воздухообмен происходил более интенсивно (измерения с помощью анемометра). Очевидно поэтому микробная загрязненность воздуха была меньше. В коридоре в подавляющем большинстве случаев обнаруживалось не более 5000 микроорганизмов в 1 м^3 воздуха, в операционной в неоперационное время находилось их не более 1900. Количества их, определяемые к концу операций и в промежутках между ними, летом в подавляющем большинстве случаев были почти в два раза меньше, чем зимой.

Почти те же соотношения обнаружены в операционной 8-й больницы. При включении механической приточной вентиляции в операционной комнате и других помещениях операционного блока в неоперационное время бактериальная загрязненность не превышала 400—500 микробных тел, то есть в два — три раза меньше, чем без механической вентиляции. Если перед включением вентиляции перед операциями число микробов составляло 5700—5800, то после включения её в течение сравнительно непродолжительного времени (обычно к концу первой операции) наступало снижение их числа до 1240, а в промежутках между операциями их количество не превышало 2968, что значительно меньше того, что было без вентиляции.

Л. А. Куликова (1953) и В. В. Матвеева (1954), ссылаясь на данные А. И. Шафира (1945), считают воздух «чистым» в бактериальном отношении, если содержание микроорганизмов не превышает 4500 в 1 м^3 воздуха, умеренно загрязненным — при наличии не более 7000 микроорганизмов, загрязненным — свыше 7000.

Согласно этому воздух помещений, обследованных нами зимой, в операционных блоках должен быть отнесен к разряду «загрязненного».

Включение механической приточной вентиляционной установки в операционном блоке 8-й больницы давало возможность всегда поддерживать здесь воздух на уровне «чистого».

Все это говорит о необходимости разумного и бережного отношения к вентиляционному хозяйству лечебных учреждений.

Теперь, когда все больничные учреждения снабжаются вентиляционным оборудованием, а операционные блоки обязательно оборудуются приточно-вытяжными механическими системами, необходимо не допускать их простоев.

При исследованиях в зимний период в воздухе коридора операционного блока 12-й больницы обнаружено около 40 гемолитических стрептококков в 1 м^3 воздуха, а в промежутках между операциями в операционной комнате — 7. В этом объекте в летний период, а в 8-й больнице — и зимой и летом — гемолитических стрептококков не обнаружено.

Видовой состав микроорганизмов в исследуемом воздухе был представлен сарцинами (подавляющее большинство), часто встречались диплококки, стрептококки. Реже высевались палочковые формы, еще реже — плесень.

Наряду с определением числа микроорганизмов, в ряде случаев в воздухе определялось содержание углекислого газа и число пылинок, взвешенных в воздухе. Полученные при этом данные совпадают с данными других авторов (А. И. Шафир и П. А. Коузов, 1948).

Является также интересным вопрос о чистоте наружного воздуха, поступающего по вентиляционной системе в помещение.

Было проведено несколько анализов воздуха на территории 8-й больницы в летний период. Микроорганизмов обнаружено значительно меньше, чем другими авторами (Д. И. Хорошанская, 1941; А. И. Шафир, 1945), которые также исследовали наружный воздух.

В ясную безветренную погоду в 1 м³ воздуха при анализах найдено от 126 до 580 микроорганизмов, при сильном ветре — до 2000.

ВЫВОДЫ:

1. Зимой воздух обследованных трех операционных блоков, если не включалась механическая вентиляция, в большинстве случаев сильно загрязнен микроорганизмами. Летом их бывает в 2 раза меньше, чем зимой.

2. При механической вентиляции операционной комнаты с шестикратным обменом воздуха в час микробная обсемененность воздуха снижается зимой в 5—6 раз, а в летнее время — в 2—3 раза.

3. Необходимо повысить качество предупредительного надзора над вентиляционной техникой лечебных учреждений и требовательность в эксплуатации вентиляционных систем и установок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куликова Л. А. Экспериментальное изучение и санация воздушной среды детских и больничных учреждений. Дисс., 1953, рукопись, Ленинград. — 2. Лебедев Ю. Д. Гигиена и санитария, 1957, 3, 55—59. — 3. Матвеева В. В. Количество микроорганизмов в воздухе некоторых помещений и пути оздоровления воздушной среды. Дисс., 1954, рукопись, Саратов. — 4. Силиваник К. Е. Гигиена и санитария, 1956, 11, 15. — 5. Строительные нормы и правила, ч. II, Москва, 1954. — 6. Хорошанская Д. И. Гигиена и здоровье, 1941, 2, 28. — 7. Шафир А. И. и Коузов П. А. Гигиена и санитария, 1948, 4, 9, — 16. — 8. Шафир А. И. Микробиологический метод гигиенического исследования воздуха, изд. Военно-медицинской Академии, Ленинград, 1945.

Поступила 25 июня 1957 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

О ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ РЕЗЕРПИНОМ

*Канд. мед. наук А. П. Карапата, канд. мед. наук А. И. Левин,
Г. Х. Лазиди, В. М. Волкова*

Из Криворожской клинической специализированной больницы
(главврач — А. Г. Шумаков)

Среди большого количества терапевтических средств, предложенных для лечения больных гипертонической болезнью, в последние годы все большее распространение получают препараты из корней раувольфии

серпентины. Но многие вопросы применения этого препарата не совсем выяснены.

Под нашим наблюдением находилось 26 больных гипертонической болезнью, лечившихся резерпином. Среди них было 17 мужчин и 9 женщин. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 40 лет — 2, от 41 до 50 — 4, от 51 до 60 — 13, и старше 60 — 7 человек. Давность выявления заболевания у большинства была сравнительно небольшой: у 16 человек меньше 5 лет, у 8 — до 10 лет, и только в двух наблюдениях она превышала 10 лет.

У подавляющего большинства обследованных (24 человека) была медленно прогрессирующая форма гипертонической болезни. Только у двух больных заболевание могло быть отнесено к прогрессирующей, злокачественной форме.

Все лечившиеся резерпином находились во второй стадии заболевания. Из них 10 в фазе А, и 16 — в фазе Б.

У 7 человек систолическое давление превышало 220, и у 11—200.

Уровень диастолического артериального давления был больше 120 у 5, и больше 100 — у 16 человек. По степени устойчивости артериальной гипертонии больные распределялись следующим образом: ригидная — 10 человек и стабильная — 16 больных. Одним из нас (А. П. Карапата) для разграничения степени ригидной и стабильной гипертонии предложена проба с внутривенным вливанием бромида натрия. При ригидной гипертонии после вливания в вену 10 мл 10% бромида натрия артериальное давление снижается до нормы или ее верхних пределов. При стабильной гипертонии артериальное давление во время проведения этой пробы не падает до нормальной величины.

Со стороны сердечно-сосудистой системы у наших больных, кроме гипертрофии левого желудочка, как правило, наблюдались явления атеросклероза аорты, более и менее выраженной хронической коронарной недостаточности, атеросклеротического кардиосклероза. Только у одного больного в анамнезе был инфаркт миокарда.

Электрокардиографическое исследование обнаружило у большинства больных умеренное отклонение электрической оси влево, у 7 человек наблюдались явления перегрузки левого желудочка, у одного — рубцовые изменения после перенесенного инфаркта передне-бокового отдела левого желудочка, у трех человек отмечались единичные экстрасистолы желудочкового происхождения. Баллистокардиографические изменения соответствовали второй — третьей степени по Брауну. Наиболее часто встречалось уменьшение высоты волны *I*, слияние волн *H* и *I*, увеличение волн *K*, *L*. Венозное давление у большей части больных было в пределах верхних границ нормы. У 9 больных цифры его превышали 120 мм водяного столба. Скорость кровотока, определяемая магнезиальным методом, колебалась в пределах от 11,8 до 28,4 сек. Определение насыщения артериальной крови кислородом, проведенное у 19 больных, показало, что у 6 из них насыщение было в пределах нормы (выше 93%), и у 13 ниже нормы (ниже 93%). Следует отметить, что время восстановления исходного насыщения кислородом артериальной крови после физической нагрузки у большинства больных было удлинено. Эти данные могут свидетельствовать о скрытой сердечно-сосудистой недостаточности у обследованных больных, что подтверждается также укорочением времени задержки дыхания у большинства обследованных.

У значительной части больных наблюдались более или менее выраженные явления вегетативной неустойчивости. У одного больного были остаточные явления после тромбоза средней мозговой артерии.

Явлений нефроангиосклероза, а также функциональной недоста-

точности почек установлено не было. Точно также сколько-нибудь выраженных признаков гипертонической ретинопатии не было. Обычно наблюдались симптомы Гвиста и Салюса.

Резерпин первоначально мы применяли по 0,25 мг 3 раза в день. Сразу же выяснилось, что не все больные одинаково переносят такую дозировку. У некоторых из них (6 человек) на 2—6 день такого лечения ухудшилось самочувствие, появлялась общая слабость, усилились головные боли и боли в области сердца, головокружение. Можно думать, что у части больных ухудшение состояния связано со значительным и сравнительно быстрым падением уровня артериального давления. После уменьшения дозировки резерпина самочувствие больных улучшалось (уменьшались головная боль, головокружение и боли в области сердца); артериальное давление при этом несколько повышалось. Учитывая это, первоначальная дозировка резерпина в дальнейшем была уменьшена вдвое и увеличивалась каждый раз индивидуально. У части больных ухудшение самочувствия в начале лечения не сопровождалось снижением уровня артериального давления. Видимо, здесь был иной механизм побочного действия препарата.

Следует отметить, что в первые дни лечения резерпином при измерении артериального давления каждый час, на протяжении 6 часов, после приема внутрь 0,25 мг резерпина, не обнаруживалось сколько-нибудь выраженного падения кровяного давления. К концу же лечения (через 20—30 дней) почти у всех больных наблюдался гипотензивный эффект. Систолическое давление снизилось у 25 больных (до 20 мм — у 6 чел., от 21 до 30 мм — у 9 чел., от 31 до 40 мм — у 5 чел., свыше 40 мм — у 5 человек) и не изменилось только у одного больного. Одновременно с этим диастолическое давление уменьшилось у 22 больных (до 20 мм — у 16 чел., от 21 до 30 мм — у 5 чел., от 30 до 40 мм — у 1 чел.). В 4 наблюдениях уровень диастолического давления остался исходным. Таким образом, у большинства больных было умеренное падение артериального давления. Сравнительно небольшое снижение давления может быть объяснено тем, что при оценке гипотензивного действия резерпина за исходные величины нами брались наиболее низкие цифры артериального давления, из наблюдавшихся до начала лечения.

Сколько-нибудь выраженных сдвигов ЭКГ и БКГ после лечения резерпином мы не наблюдали.

Снижение высокого венозного давления было отмечено у 7 из 9 больных. У части больных наблюдалось ускорение скорости кровотока. Значительное повышение насыщения артериальной крови кислородом было у 15 больных. У 7 человек это повышение достигало лишь нижних границ нормы. У 2 больных, у которых лечение резерпином не дало заметного терапевтического эффекта, величина насыщения кислородом крови оставалась низкой. Время восстановления насыщения кислородом артериальной крови после нагрузки нормализовалось у 18 больных.

Время задержки дыхания увеличилось у 15 больных, однако у 12 из них оно все же продолжало оставаться относительно укороченным.

Для оценки эффективности того или иного гипотензивного средства следует учитывать не столько выраженность его гипотензивного действия, сколько способность нормализовать уровень артериального давления. Если подойти к оценке гипотензивного действия резерпина с этой точки зрения, тогда картина будет выглядеть несколько иначе. Нормализация уровня систолического давления наблюдалась в 13, а диастолического в 12 случаях, то есть у половины леченных больных. К тому же добавим, что 10 чел. из них были в стадии II А (с ригидной гипертензией).

Из 16 больных в стадии II Б (со стабильной гипертензией) только

у 3 нормализовалось артериальное давление. Любопытно отметить, что у 2 больных после вливания в вену бромида натрия артериальное давление кратковременно снизилось до нормы, а в процессе лечения резерпином у них ни разу не было отмечено нормального давления. Ни в одном из двух случаев со злокачественной формой гипертонической болезни сколько-нибудь выраженного гипотензивного эффекта не наблюдалось.

Необходимо отметить, что и достигнутый нормальный уровень артериального давления после месячного курса лечения резерпином держится недолго. Уже в день выписки он часто повышался до исходных цифр.

Переходя к оценке изменений самочувствия больных после приема резерпина, следует указать, что из 18 больных, отмечающих головную боль, у 8 она исчезла, у 9 наблюдалось уменьшение ее интенсивности, и лишь у 1 человека осталась без изменений. Из 20 человек у 10 отмечалось исчезновение болей в области сердца и у 8 — значительное уменьшение их интенсивности. Исчезновение головокружения после приема резерпина отметили 5 больных из 13, у 7 больных уменьшилась степень головокружения. Значительное улучшение сна было отмечено у 24 человек.

Во время приема больными резерпина можно было наблюдать и побочное его действие. Брадикардия была отмечена у 5 человек, ознобы и набухание слизистой носа — у 4, сухость во рту — у 5, сонливость — у 2, появление сыпи, общая слабость, перебои в области сердца — соответственно у одного больного.

Таким образом, резерпин, снижая артериальное давление у части больных II стадией гипертонической болезни, все же не приводит к длительному и стойкому снижению артериального давления после месячного курса лечения. В изложенной оценке гипотензивного действия резерпина мы не одиноки. После «резерпинового увлечения» (Волчкова, С. К. Киселева) начинают высказываться более осторожные суждения (Л. М. Бехтеева). Поэтому не удивительно, что в последнее время взят курс, с одной стороны, на длительное применение препаратов рауфольфии (Мартелли) и, с другой, — на комбинацию их с ганглиоблокирующими, сосудорасширяющими и другими средствами (Вилькинс, Форд, Фратс).

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареев Е. М. Сов. мед., 1952, 1. — 2. Карапата А. П. Клин. мед. 1955, 4. — 3. Михнев А. Л., Карапата А. П. Физиологичный журнал, 1955. — 4. Волчкова. Клин. мед., 1957, 3. — 5. Киселева С. К. Клин. мед., 1957, 1. — 6. Бехтеева Л. И. Клин. мед., 1956, 6. — 7. Group H. R. Clinical Ballistocardiography. New York, Macmillan, 1952.

Поступила 13 сентября 1957 г.

СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЕРДЦА

Л. В. Дановский

Из 2-го терапевтического отделения (зав. — Л. В. Дановский) Ленингорской городской больницы (главврач — Н. Ш. Хасанов)

Нами наблюдался больной с картиной тяжелого ревматического перикардита, у которого на секции в околосердечной сумке обнаружен массивный геморрагический выпот.

Больной М., 16 лет, доставлен в терапевтическое отделение 2-го апреля 1957 г. в тяжелом состоянии с жалобами на боли в суставах, озноб, жар, боли в груди, одышку. Болен около недели, заболевание началось остро с болей в суставах и повышения температуры. Раньше ничем не болел.

При поступлении состояние тяжелое, вынужденное сидячее положение, сознание ясное, резкая одышка. Лицо бледное, слегка синюшное, одутловато, умеренно набухшие вены шеи. В нижних отделах обеих легких, больше справа, мелкопузырчатые влажные хрипы. Сердечный толчок пальпировать не удается, границы сердца равномерно расширены, как и границы сосудистого пучка. В пятой точке грубый шум трения перикарда. Пульс — 120, слабого наполнения и напряжения; артериальное давление — 160/40. Живот мягкий, печень выступает из подреберья на 3 поперечных пальца, болезненна; селезенку пальпировать не удается.

РСО — 45 мм/час, Л. — 10 000.

На ЭКГ синусовая тахикардия, низкий вольтаж основных зубцов.

При рентгенооскопии грудной клетки в легких очаговых изменений не определяется, сердце равномерно расширено во всех отделах, пульсация невидима.

Назначены салициловый натрий до 10,0 в сутки, адренокортикотропный гормон по 5 единиц внутримышечно 4 раза в сутки, пенициллин — 800 000 ME в сутки внутримышечно; подкожно камфара, кофеин каждые три часа; вдыхание кислорода.

За время нахождения в отделении состояние больного ухудшалось, и 5/IV 1957 г. больной умер при явлениях нарастающей сердечной недостаточности.

Клинический диагноз: Ревматизм, активная фаза. Панкардит. Недостаточность кровообращения II А.

На секции: в сердечной сорочке сгусток крови, равномерно охватывающий сердце со всех сторон. Поверхность сгустка гладкая, серовато-красного цвета. Верхушка сердца спаяна с наружным листком перикарда. Внутренняя поверхность сердечной сорочки сращена со сгустком в перикарде тонкими, легко разъединяющимися рукой спайками. Сердечная мышца бледно-коричневого цвета, толщина мышечной стенки левого желудочка — 1,1 см, правого желудочка — 0,4 см. Левое венозное отверстие пропускает два пальца, правое — 2,5 пальца.

Эндокард гладкий, блестящий, клапаны гладкие, тонкие, блестящие. Венечные артерии сердца без видимых изменений.

Плевральные полости свободные, плевральные листки гладкие, блестящие; легкие застойные, полнокровные.

Патогистологическое заключение: ревматическое поражение сердца с гистологическим и анатомическим компонентом — эндокардит, обширный миокардит, фиброзно-геморрагический перикардит (прозектор Я. Н. Кантор).

Анамнестические данные, отсутствие сформировавшегося порока сердца позволяют думать, что в данном случае был первый приступ ревматизма с развитием массивного геморрагического выпота в перикарде, который привел к тампонаде сердца.

Поступила 3 октября 1957 г.

О ЛИПОМЕ ЖЕЛУДКА¹

Канд. мед. наук М. А. Цукерман

(Ростов на Дону)

В последние годы доброкачественные опухоли желудка стали диагностироваться лучше.

Среди доброкачественных опухолей желудка липомы встречаются редко. По Н. С. Тимофееву (А. В. Мельников²), всего опубликовано 34 случая липом желудка, в том числе один случай в русской литературе и 33 в иностранной.

М. Г. Трахтенберг³ описал еще один случай липомы кардиального

¹ Доложено на заседании Ростовского на Дону общества рентгенологов 29/VI 1957 г. и на заседании хирургического общества 28/II 1958 г.

² А. В. Мельников. Клиника предопухолевых заболеваний желудка, Медгиз, 1954, стр. 257—258.

³ М. Г. Трахтенберг. Хирургия, 1957, 6, стр. 34.

отдела желудка, таким образом, всего в отечественной литературе нам удалось найти сведения о двух случаях липом желудка.

Значительная редкость описаний данного заболевания побудила нас опубликовать следующее наблюдение:

Б-ной У. поступил в хирургическое отделение 23 мая 1957 г. с жалобами на общую слабость и дегтеобразный стул, который наблюдался больным с 18 мая 1957 г. До 22 мая он за врачебной помощью не обращался. В 6 часов утра 22 мая появились резкая боль в правой подвздошной области, головокружение (больной упал со стула), наступила кратковременная потеря сознания. Больной был стационарирован, а 23 мая переведен к нам.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Температура — 36,2°, пульс 74, АД — 130/70. Сердце и легкие без отклонений от нормы. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не прощупываются. При пальпации отмечается болезненность в подложечной области. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Кровь: гем. — 44%, э. — 2070 000; Л. — 5800; ц. п. — 1,1; РОЭ — 11 мм в 1 час; л. — 46%; м. — 4%; п. — 1%; с. — 49%, анизопокилоцитоз макроцитарный, полихроматофилия.

Реакция Грегерсена резко положительная.

Рентгенокопия желудка 3/VI 1957 г. (В. П. Паламарчук): бариевая взвесь, переходя из субкардального отдела в нижний отдел желудка, обтекает препятствие, располагающееся на задне-наружной стенке тела желудка. На этом же уровне отсутствие нормального рельефа слизистой и обрыв складок вышележащего отдела. Перистальтика желудка в области дефекта отсутствует, в остальных отделах сохранена. Ригидности складок не определяется. При исследовании в горизонтальном положении на животе определяется ясный дефект наполнения тела желудка по всей его ширине, длиной около 10 см.

Заключение: злокачественное новообразование желудка.

12/VI 1957 г. под интратрахеальным эфирно-кислородным наркозом верхняя лапаротомия (М. А. Цукерман). По середине желудка, на передней стенке, ближе к большой кривизне, субсерозно расположена мягкая, эластичная, подвижная опухоль величиной с куриное яйцо. Увеличенных лимфатических желез не обнаружено. Произведена резекция 2/3 желудка по Финстереру.

Гистологическое исследование (Д. Н. Руновский): часть желудка с мягкой опухолью размером 6×5×3 см. В центре опухоли звездчатый рубец. Опухоль расположена между слизистой и мышечной оболочками стенки желудка. По строению опухоль представляет типичную липому с несколько увеличенным количеством фиброзных прослоек.

28/VI 1957 г. б-ной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Через 8 месяцев самочувствие хорошее, жалоб нет.

Кровотечение, которое привело больного в стационар, произошло вследствие изъязвления слизистой оболочки желудка над опухолью. Факт изъязвления подтверждается звездчатым рубцом.

В отношении дооперационной диагностики мы полагаем, что окончательно решить вопрос о природе опухоли на основании рентгеновского исследования невозможно.

В смысле объема вмешательства мы придерживаемся того мнения, что оно должно быть по возможности радикальным — резекция желудка.

Поступила 15 июня 1958 г.

К ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА ЖЕЛУДКА¹

А. М. Королев

Главный терапевт Кировского облздравотдела

Первый случай лимфогрануломатоза желудка описал Штейндль в 1924 году; оперируя больного, он произвел резекцию желудка, подо-

¹ Доложено на выездной научной конференции Пермского медицинского института в г. Кирове 7—9 мая 1958 г.

зрелая рак, а гистологически оказался лимфогранулематоз. По А. В. Мельникову, описавшему двух подобных больных, в мировой литературе известно 98 случаев лимфогранулематоза желудочно-кишечного тракта.

За последние годы в отечественной литературе появились сообщения ряда авторов, посвященных лимфогранулематозу желудка (М. И. Лыткин — 1954, Х. И. Юсуфджанов — 1954, А. Л. Богославский — 1957). Описано несколько наблюдений лимфогранулематоза кишечника (Б. С. Лейзерсон — 1950, А. М. Вихерт и Л. А. Гулина — 1951).

А. Л. Богославский наблюдал трех больных с изолированным лимфогранулематозом желудка, причем правильный прижизненный диагноз был поставлен в одном из этих случаев.

Трудность диагностики и редкость заболевания побуждают опубликовать наше наблюдение.

Б-ной З-нов, 68 лет, пенсионер, поступил в терапевтическое отделение 23/XI-56 г. с жалобами на высокую температуру, общую слабость, небольшую тошноту, жидкий стул 1—2 раза в день без крови и слизи.

Отмечает сравнительно хороший аппетит. За две недели до поступления в больницу были внезапные поты. К врачам никогда не обращался — лечился травами. В прошлом перенес брюшной тиф.

Больной выше среднего роста, удовлетворительного питания. Кожные покровы и слизистые бледно-розовой окраски. Зев чистый. Грудная клетка эмфизематозна. Дыхание везикулярное, слегка ослабленное. Границы сердца расширены влево до средне-ключичной линии. Тоны приглушены. Небольшой акцент второго тона на аорте. Систолический шум на верхушке. Единичные экстрасистолы. Пульс — 85, ритмичный, мягкий, среднего наполнения. Артериальное давление — 105/55. Брюшная стенка мягкая, печень выступает на 4 см из подреберья; преимущественно выступает левая доля, спаянная с плотнoэластическим образованием в области выхода желудка, где определяется опухолевидный конгломерат, совершенно безболезненный при пальпации. Отмечается отсутствие пульсации аорты выше пупка. Периферические лимфоузлы (подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые) не были увеличены за все время наблюдения.

Картина крови:

Дата	Эритро- в млн	Гем. в ед.	Цв. показ.	Лейкоц. в тысяч.	Э	П	С	Л	М	РОЭ в мм за час
24/XI 56 г.	4,58	77	0,85	8,1	2	12	65	20	3	55
8/III 57 г.	2,51	31	0,6	4,8	1	10	53	30	6	67
14/III	2,81	36	0,62	12,3	—	11	81	6	1	54
18/III 57 г.	2,89	34	0,6	6,6	4	7	63	18	8	52

Тромбоциты (8/III-57 г.) — 201 000. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, клетки раздражения. Билирубин крови по видоизмененному методу Бокальчука — 1 мг%. Реакция Вассермана отрицательная. Реакция Видаля отрицательная.

Моча (28/XI-56 г.) насыщенно-желтого цвета, прозрачна, уд. вес—1,021; следы белка; сахара нет; лейкоциты — 3—5 в поле зрения.

Рентгеноскопия грудной клетки (24/XI-56 г.): в обоих легких умеренно выраженная эмфизема и пневмосклероз. Диафрагма подвижна, синусы свободны. Сердце — увеличено влево и назад за счет гипертрофии левого желудочка; в меньшей степени вправо за счет правого желудочка. Сердечные сокращения резко учащены. Аорта расширена, склерозирована.

Диагноз: висцеральный атипичный лимфогранулематоз (тифоидная форма) с поражением желудка, мезентериальных узлов, печени. Атеросклеротический кардиосклероз с явлениями экстрасистолы. Атеросклероз аорты. Умеренная эмфизема легких и пневмосклероз.

Больной за время наблюдения категорически отказывался от проведения рентгеновского исследования желудка, рентгенотерапии, применения эмбихина. Выписался домой после некоторого спада температуры 8/XII-56 г.

Через два месяца—с 4/II-57 г. по 21/II-57 г.—больной вновь госпитализируется в

стационар по поводу левосторонней пневмонии (очаговой), подтвержденной рентгенологически. Последнюю мы рассматривали как интеркуррентное заболевание, возникшее в результате ослабления защитных сил на почве лимфогранулематоза. Под влиянием антибиотиков и сульфамидов явления пневмонии исчезают, но несмотря на применение витамина В₁₂, переливания крови, нарастает анемия и общая слабость.

Желудочный сок толстым зондом после пробного завтрака по Боас—Эвальду: количество — 7 см³, однослойный, общая кислотность — 26, свободная НСl — 4, связанная — 18. Фосфаты — 4. Молочная кислота отсутствует, крови нет, небольшое количество дрожжевых грибов, единичные клетки эпителия и немного слизи, лейкоцитов 2—4 в поле зрения.

Исследование кала (18/II-57 г.): консистенция жидкая, цвет желтый, много слизи в виде мелких комочков, нерезкий запах. Эритроциты до 10—15 в поле зрения, эпителия немного. Имеются дрожжевые грибки. Простейшие не обнаружены.

Состояние несколько улучшается, и 21/II-57 г. больной выписывается домой по собственному категорическому заявлению.

7/III-57 г. больной вновь поступает в стационар с явлениями резкой слабости, головокружения, сердцебиения. Отмечаются резкая бледность с слегка желтушным оттенком кожи, пастозность лица и конечностей, асцит. В брюшной полости по-прежнему пальпируется конгломерат плотнoэластической консистенции, спаянный с печенью, желудком, величиной с голову младенца, неправильной формы, совершенно безболезненный при пальпации.

Температура в этом периоде держится в пределах 38,2—37,6—38,9°.

Моча остается без особенностей: в отдельных анализах имеется белок до 0,066%; положительная реакция на уробилин. Гиалиновые цилиндры в очень редких полях зрения, лейкоциты 2—5 в поле зрения.

У больного нарастает слабость, истощение, асцит, гидроторакс, отеки на ногах. Тоны сердца становятся резко глухими, пульс почти не пальпируется. 10/IV-57 г. больной скончался.

За все время наблюдения больной никогда не жаловался на боли в животе.

Диагноз лимфогранулематоза нами поставлен на основании высокой волнообразной температуры в течение длительного времени наблюдения (5 месяцев), ослабляющих потов, хорошего аппетита в первые месяцы заболевания, несмотря на наличие большого конгломерата в брюшной полости, спаянного с желудком, мезентериальными лимфоузлами и печенью и совершенно безболезненного при пальпации. Учитывали также нарастание резко выраженной гипохромной анемии, резко ускоренную РОЭ, лейкоцитоз, иногда лимфопению. Все это дало основание поставить правильный прижизненный диагноз лимфогранулематоза с преимущественным поражением желудка.

Патологоанатомический диагноз (областной прозектор — А. Ф. Протасова): Лимфогранулематоз с преимущественным поражением желудка — опухолевидная форма с обширным изъязвлением в области пилорического отдела. Множественное поражение лимфатических узлов по аорте, брыжейке, поджелудочной железе. Участок лимфогранулематоза в печени. Общая анемия. Кахексия. Отеки. Асцит. Двухсторонний гидроторакс. Слабовыраженный атеросклероз аорты и коронарных сосудов.

Диагноз подтвержден гистологически: в препаратах лимфатических узлов, желудка картина лимфогранулематоза в различных стадиях развития с участками распада, фиброза и гранулем. В печени картина межуточного отека, жировой дистрофии и лимфогранулематозного инфильтрата. В поджелудочной железе участки лимфогранулематоза. В селезенке изменений не обнаружено. В мышце сердца нерезко выраженный кардиосклероз. В почках явления отека клубочков.

Отсутствие жалоб на боли в течение длительного времени у больных с прощупываемыми «опухолями» в животе и безболезненностью при пальпации могут служить отличительными признаками лимфогранулематоза от рака, где боли при пальпируемой опухоли в запущенных случаях весьма часты. Это зависит, возможно, от различного характера распространения процесса при лимфогранулематозе и раке. Лимфогранулематоз, по-видимому, больше, чем рак, щадит нервные стволы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богославский А. Л. Клин. мед., 1957, 2.—2. Бузни Н. А. Труды Одесского рентгено-онкологического института, 1934, в. 2.—3. Вихерт А. М. и Гулина Л. А. Арх. патол., 1951, т. 13, в. 6.—4. Кодолова И. М. Арх. патол., 1952, т. 14, в. 5.—5. Козачук Ю. С. Врач. дело, 1956, 9.—6. Лейзерсон Б. С. Клин. мед., 1950, 6—7. Лыткин М. И. Сов. мед., 1954, 2.—8. Мельников А. В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. Медгиз, 1954.—9. Юсуфджанов Х. И. Хирургия, 1954, 3.

Поступила 7 июля 1958 г.

СЛУЧАЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ОТСУТСТВИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Е. П. Архипов

Из хирургического отделения (зав. отделением — Г. М. Кузнецов) 2-го больнично-поликлинического объединения г. Бугульмы (главврач — А. П. Щекотоло)

Б-ная К., 32 лет, заболела остро 15/IX-57 г. Поступила в хирургическое отделение 16/IX-57 г. с диагнозом: «обострение желчнокаменной болезни» и жалобами на приступообразные резкие боли в правом подреберье, иррадирующие в правое плечо и позвоночник, также на тошноту и неоднократную рвоту.

Больна с 1953 г. Частые приступы болей сопровождались, как правило, желтухой и обесцвечиванием кала. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно.

Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и склеры желтушны. Язык обложен. Пульс — 98, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. Дыхание везикулярное. Артериальное давление — 120/60. Живот нормальной конфигурации, мягкий. При пальпации правого подреберья отмечается умеренное напряжение мышц. Положительные симптомы «кашлевого толчка», Ортнера, Керра и Георгиевского — Мюсси. Нижний край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги, болезненный. Моча темно-желтого цвета.

В день поступления: Л. — 9 100, п. — 12%, с. — 71%, л. — 15%, м. — 2%. РОЭ — 17 мм в час. В моче желчные пигменты.

Консервативные лечебные мероприятия не улучшили состояния больной, желтуха нарастала, появились ознобы, болевые приступы следовали один за другим, температура держалась на цифрах 38,8—38,4°.

18/IX-57 г.: гем. — 70%; Л. — 10 000, п. — 16%, с. — 68%, л. — 13%, м. — 3%, РОЭ — 50 мм в 1 час.

18/IX-57 г. в 18 часов предпринята операция (Г. М. Кузнецов) под новокаиновой инфильтрационной анестезией с добавлением общего эфирного наркоза. Кожный разрез по способу А. М. Калиновской. Желчный пузырь не обнаружен. Общий желчный проток в диаметре около 3 см, просвет его на всем протяжении выполнен крупными желчными камнями. Произведена холедохотомия, удалено 5 серовато-желтых камней размером от 0,5 × 1,0 до 1,5 × 2 см. Зондирование желчного протока в центральном и периферическом направлениях показало его полную проходимость. Отмечено разделение желчного протока перед входом в печень на правый и левый ходы. Пузырный проток не обнаружен. В желчный проток введен резиновый дренаж по А. В. Вишневному, в брюшную полость введено 4 тампона. Рана послойно зашита. Асептическая повязка. Перелито 400 мл одногруппной консервированной крови.

После операции ежедневно выделялось от 300 до 500 мл желчи. На 10 день дренажная трубка пережата на 3 часа, на 12 день — на 24 часа, при этом никаких болей больная не отмечала. 30/IX-57 г. произведена холангиография с введением через дренажную трубку 25% раствора сергозина (40 мл). Установлены полная проходимость протоков и отсутствие пузырного протока и желчного пузыря. На 14 день после операции удалены резиновый дренаж и последний тампон. По закрытии желчного свища 22/X-57 г. б-ная выписана в хорошем состоянии. Заживление раны в месте свища вторичным натяжением.

Поступила 18 января 1958 г.

ДВА СЛУЧАЯ ГЕМОФИЛИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СЕЛЬСКОЙ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л. И. Никошин

Из Ново-Салманской участковой больницы Алькеевского района Татарской АССР

Основным симптомом гемофилии являются продолжительные и поэтому значительные, угрожающие, иногда смертельные кровотечения, после каких-либо травм, нарушающих целостность кровеносных сосудов.

При исследовании больных гемофилией не находят каких-либо свойственных этому заболеванию изменений со стороны внутренних органов. Только внешний вид больного иногда примечателен некоторой бледностью или кровоподтеками на кожных покровах.

При постановке диагноза необходимо, в основном, полагаться на анамнестические данные. Но и здесь могут быть трудности, так как нередко больные или их родственники умалчивают о склонности к кровотечениям.

Нам пришлось наблюдать два случая гемофилии у двоюродных братьев по материнской линии (их матери являются родными сестрами).

В первом случае мать больного не указала в анамнезе на кровоточивость, которая была выявлена лишь по кровотечению из операционной раны. Тогда и мать заявила о случаях кровотечения у больного в прошлом.

1. Б-ной К., 7 лет. Поступил в хирургическое отделение больницы 14/III-53 г. в 19 часов с явлениями острого аппендицита. Заболел накануне вечером. Появились сильные боли в илеоцекальной области, тошнота, рвота. Температура поднялась до 37,8°.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа чистая, видимые слизистые нормальной окраски. Границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые, ясные. Пульс — 98, ритмичен, хорошего наполнения и напряжения. В легких единичные сухие хрипы.

Язык обложен белым налетом, влажный. Живот нормальной конфигурации. Боль в илеоцекальной области, со стороны брюшной стенки защитная реакция. Выражены симптом Щеткина и кашлевой. Печень и селезенка не пальпируются. Стул был 3 часа назад, жидкий. Мочиспускание без особенностей. Температура при поступлении — 37,9°.

Кровь: гем. — 73%, эр. — 4 460 000, Л. — 13 400, ю. — 2%, п. — 8%, с. — 69%, л. — 14%, м. — 5%, э. — 2%, РОЭ — 38 мм/час.

Через 2 часа после поступления больной был оперирован. Под местной анестезией разрезом Дьяконова произведена аппендэктомия (Никошин). Удаленный отросток имел флегмонозные изменения. Операционная рана послойно ушита наглухо.

Вскоре после операции у больного промокла повязка. Кровотечение не прекратилось до утра (больному было введено внутривенно 10 мл 10% раствора хлористого кальция). Утром 15/III сквозь повязку просачивается жидкая, без сгустков кровь. Больной бледный. Мать в это время заявила, что у ребенка несколько раз были сильные и длительные (по 2 недели) кровотечения из десен при случайных ранениях ореховыми скорлупами. Сделана перевязка. В области раны огромных размеров гематома. Швы распущены. Рана затампонирована марлей, смоченной стерильным физиологическим раствором с добавлением адреналина. Положена давящая повязка. Внутрь введено 10 мл 10% раствора хлористого кальция, 10 мл 10% раствора поваренной соли, внутримышечно введены 30 мл противокоревой сыворотки, витамин К, поливитамины, фоликулин. Кровотечение уменьшилось, но не остановилось полностью. После полудня кровотечение вновь усилилось. Верхние слои повязки сменены. Ребенок бледный. Пульс — 140, слабого наполнения. Жалобы на тошноту, рвоту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Щеткина не выражен. Газы отходят. Больному внутривенно введены 500 мл физиологического раствора, 10 мл 10% раствора хлористого кальция, фоликулин. К ночи кровотечение усилилось. Резкая бледность кожи и слизистых оболочек. Пульс — 155, едва прощупывается. Анурия. Капельной клизмой введено 2000 мл физиологического раствора и глюкозы с добавлением пантокрина. Повторно введен фоликулин. Поливитамины. Введено 20 мл 10% раствора поваренной соли. Кровотечение не прекращается. Перелита свежечитратная кровь 0 (I) группы в количестве 150 мл, взятая у сотрудника больницы. Через 20 мин после гемотранфузии выделение (именно выделение) крови из раны уменьшилось, а затем через 40—60 мин прекратилось. За ночь больному введено капельной клизмой 1500 мл физиологического раствора с добавлением пантокрина.

Утром 16/III состояние больного улучшилось. Повязка сухая. Пульс — 130, удовлетворительного наполнения. Появился аппетит. Жалобы на слабость. Газы отходят. Живот мягкий, безболезненный.

17/III состояние лучше. Видимые слизистые порозовели. Жалобы на головокружение. Пульс — 120, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Повязка сухая.

Б-ной получает витамин К, поливитамины, фоликулин, внутривенно введено 10 мл 10% раствора хлористого кальция и 10 мл 10% раствора поваренной соли.

Кровь: гем. — 18%, эр. — 1 310 000, Л. — 10 100, РОЭ — 19 мм/час.

На 4-й день после остановки кровотечения осторожно был удален из раны тампон. Воспалительных явлений со стороны раны не наблюдается. Наложены узловатые шелковые швы. Спиртовая повязка.

С каждым днем состояние больного улучшалось. 20/III разрешено сидеть в кровати. 23/III разрешено ходить. 28/III сняты швы. Имеется расхождение трех швов.

В глубине раны видны сгустки крови черного цвета. Положена повязка с мазью Вишневского.

Выписан домой 2/IV. При выписке состояние хорошее. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Рана в местах расхождения швов выполнена грануляциями. Пульс — 84, ритмичен, удовлетворительного наполнения.

Кровь: гем. — 35%, эр. — 3 240 000, Л. — 9050, РОЭ — 15 мм/час.

И. Б-ной С., 8 лет. Поступил в хирургическое отделение больницы 6/VI-55 г. по поводу заячьей губы. С раннего детского возраста страдает сильной кровоточивостью при случайных порезах. Были несколько раз носовые и кишечные кровотечения, кровотечения из десен. Каждое кровотечение продолжается по несколько дней.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Симптом Кончаловского не выражен. Внутренние органы без видимых патологических отклонений. На верхней губе имеется значительных размеров расщелина.

Кровь: гем. — 75%, эр. — 4 900 000, Л. — 8 600, РОЭ — 10 мм/час. Тромбоциты — 316 000. Время свертывания крови (по Фонию): начало — 90 мин, конец — 210 мин.

В течение 10 дней больной готовился к операции. Ежедневно получал по 10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно, витамин К, поливитамины, фоликулин, пантокрин; накануне операции ввели 30 мл противокоревой сыворотки внутримышечно. Перед операцией перелили 200 мл свежеситратной крови 0(I) группы, взятой у сотрудника больницы, и определили время свертывания крови, которое оказалось: начало — 45 мин, конец — 85 мин (по Фонию).

16/VI под местной анестезией произведена операция по методу Лангенбека (Никошин). Кровотечение в послеоперационном периоде было незначительным. Только в первые 12 часов после операции несколько раз промокала повязка, а затем кровотечение прекратилось. В послеоперационном периоде было перелито 100 мл свежеситратной крови 0(I) группы, и больной в течение 5 дней получал ежедневно по 10 мл 10% раствора хлористого кальция, витамин К, поливитамины, фоликулин, пантокрин.

Швы сняты через 7 дней. Заживление раны первичным натяжением. Выписан домой на 9-й день.

Таким образом, второй наш больной, в отличие от первого, соответствующим образом подготовленный к операции, потерял очень мало крови. Из всех примененных средств наиболее эффективным оказалось переливание свежеситратной крови в комплексе с другими кровоостанавливающими средствами.

Поступила 10 мая 1958 г.

СЛУЧАЙ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СЕРДЦА

Д. С. Муругов

Из хирургического отделения (зав. — Д. С. Муругов) Йошкар-Олинской городской больницы (главврач — Г. М. Шафран)

Б-ной Ш., 30 лет, доставлен в хирургическое отделение машиной скорой помощи 24 июня 1957 г. Около часа назад больной, находясь в алкогольном опьянении и состоянии душевной депрессии, нанес себе ранение перочинным ножом в левую половину грудной клетки.

В момент поступления состояние очень тяжелое, временами стонет, безразличен к окружающему, резко выражена бледность кожных и слизистых покровов, холодный пот, дыхание поверхностное, пульс почти не ощутим, тоны сердца не выслушиваются, границы сердечной тупости увеличены. Кровяное давление не определяется. На уровне левого соска и на 1 см правее имеется колото-резаная ранка, размером $1 \times 0,5$ см, без кровотечения.

Перелито 250 мл протившоковой жидкости, введено 1 мл морфина, 2 мл камфарного масла, 1 мл кофеина.

Судя по общему состоянию, локализации и данным объективного исследования раны, предположено ранение сердца. Срочная операция начата под местной новокаиновой анестезией. Лоскутный разрез по А. Н. Бакулеву. Отсепарованы мягкие ткани, произведена резекция IV и V реберных хрящей. В плевральной полости жидкости нет. Обнаженный перикард растянут, темного цвета, напряжен, почти не пульсирует. На нем имеется раневое отверстие $0,5 \times 0,5$ см, закупоренное плотным кро-

вяным сгустком. По рассечении раны на перикарде из сумки сердца удалено большое количество кровяных сгустков, после чего появилась пульсация сердца.

В проекции левого предсердия на мышце сердца обнаружена рана размером $0,5 \times 0,5$ см. Из нее во время систолы струей вытекает кровь. Рана закрыта пальцем, и под ним на мышцу сердца наложены два шва. Рана перикарда зашита. Кровотечение прекратилось. Операционная рана послойно зашита наглухо. Из плевральной полости пункцией удален воздух, введено 300 тысяч пенициллина.

Во время операции перелито внутривенно 500 мл консервированной крови 0(1) группы, 1000 мл протившоковой жидкости, 40 мл 40% раствора глюкозы.

После операции состояние больного относительно удовлетворительное, пульс — 100, ритмичный, достаточного наполнения, кровяное давление — 120/60. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8-й день. Заживление первичным натяжением. Выписан в хорошем состоянии на 30-й день с момента ранения.

В настоящее время чувствует себя хорошо, продолжает работать по прежней профессии — слесарем.

Поступила 16 мая 1958 г.

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕНТГЕНОВСКИХ ЯЗВ

Канд. мед. наук А. А. Трошков

Из клиники факультетской хирургии (зав. кафедрой — проф. В. И. Акимов)
Львовского медицинского института и 5-й городской больницы (главврач —
И. И. Хома)

Образование рентгеновских язв возможно или от воздействия чрезмерных доз лучистой энергии, или при повышенной индивидуальной чувствительности организма к рентгеновским лучам.

Под нашим наблюдением состояло 2 больных с хроническими рентгеновскими язвами, подвергшиеся после безуспешного консервативного лечения оперативным вмешательствам.

1. Б-ной С., 1917 г. рожд., с 1953 г. страдал эпидермофитией подошвенных поверхностей обеих стоп. В 1954 г. принял 3 курса рентгенотерапии, после чего наступило некоторое улучшение, а через 2,5 месяца у больного в области свода левой стопы появился водянистый пузырь, который нагноился, лопнул, и на его месте появилась болезненная язва. Больной вынужден был лечь в дерматологическую клинику, где лечился консервативными методами около года. Лечение эффекта не дало. 20/VI-55 г. с диагнозом: рентгеновская язва свода левой стопы, с подозрением на раковое перерождение — поступил в нашу клинику.

Б-ной ослабленного питания, раздражительный. Страдает бессонницей, жалуется на плохой аппетит, сильные боли в области язвы при движении и общую слабость.

Язва неправильной формы, глубокая, размерами 10×8 см, края язвы инфильтрованы и пигментированы, верхний ее полюс заходит на внутреннюю поверхность тыла стопы. Дно язвы покрыто гнойно-фибринозным налетом с вялыми участками грануляций, кровоточит. В коже подошвенной поверхности видны многочисленные буро-черные узелки, напоминающие собой импрегнацию кожи порошком от взрыва. Воспалительная реакция вокруг язвы слабо выражена. Лимфатические регионарные узлы не увеличены. Левая стопа несколько отечна и синюшна. Пульсация артерий стопы удовлетворительная. Кровь: Э. — 4900 000, Нв. — 72%, РОЭ — 7 мм/час, Л. — 3870, э. — 1, п. — 2, с. — 70, лимф. — 24, м. — 3. Реакция Вассермана отрицательная. Осциллограмма обеих голей и стоп в пределах нормы. Заключение невропатолога: восходящий неврит, связанный с основным заболеванием. Признаков злокачественного роста при гистологическом исследовании биопсии, взятой из язвы, не обнаружено.

Больному была предложена операция (иссечение и пластика), на что он не дал согласия, а требовал продолжения консервативной терапии. На протяжении 10 месяцев и местная, и общая терапия оказались безуспешными, после чего больной дал согласие на операцию.

4/IV-56 г. операция под общим эфирно-кислородным наркозом. Произведено иссечение язвы вместе с краями и некротическим дном до фасции сухожилий в пределах здоровых тканей. Края раны хорошо кровоточат. На внутренней поверхности правой голени выкроен кожный лоскут с жировой тканью на широкой ножке, размерами 13×10 см, основанием кверху, подведен к дефекту стопы и фиксирован

к краям раны кетгутowymi узловатыми швами. Дефект правой голени закрыт методом свободной аутопластики перфорированной кожей, взятой с передней стенки живота. Иммобилизация конечностей гипсовой повязкой.

Послеоперационный период протекал гладко, боли исчезли, появились аппетит и сон. На 16-й день произведено отсечение кожного лоскута от основания. Дистальный конец лоскута, прикрывающий тыльную часть стопы, некротизировался (2×8 см). В этом месте образовалась длительно не заживающая язва, которая после пластики кожи по Тиршу и местного применения порошкообразного синтомицина эпителизировалась через 9 месяцев после операции.

5/V 1957 г. осмотр больного: имеется нежный окрепший рубец, в окружности бывшей язвы появляется болевая чувствительность, в трансплантате имеется рост волос (см. фото 1).

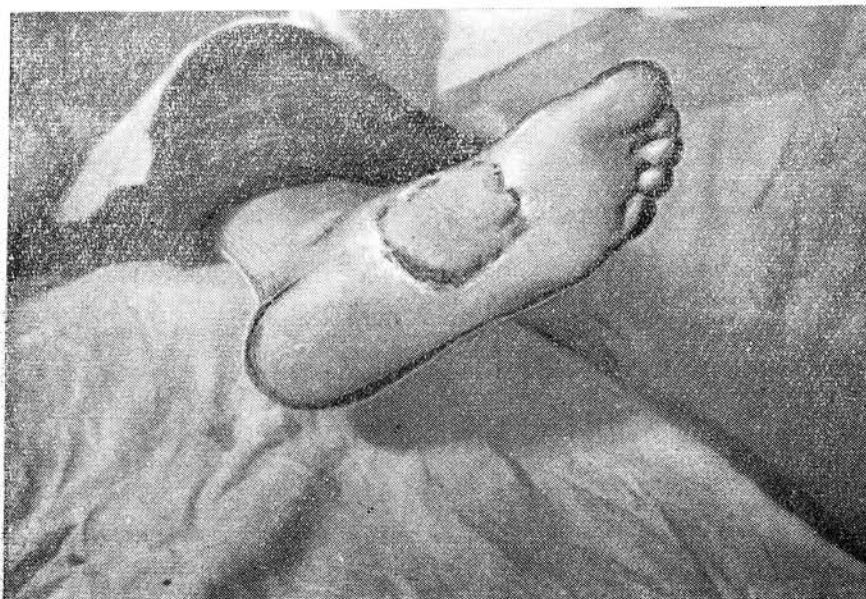


Фото 1.

Следует отметить, что процесс заживления ран у данного больного протекал длительно и вяло. Приживление ауто трансплантата на фасцию правой голени происходило медленно. В настоящее время наступило полное выздоровление. Больной поправился, ходит свободно при нормальной нагрузке конечности.

II. Б-ная Д., 30 лет. Поступила в гинекологическое отделение 1/III 1956 г. с жалобами на постоянные мучительные боли в области половых органов в связи с изъязвлениями. В 1952 г. в области больших и малых половых губ появились кондиломы, которые были подвергнуты электрокоагуляции. В 1953 г. наступил рецидив. Признав злокачественность процесса, провели 2 курса рентгенотерапии. Через 4 месяца по окончании рентгенотерапии (в декабре 1954 г.) у больной появились мокнущие пузыри в области больших половых губ, которые превратились в язвы, появились сильные боли. На протяжении 1 года и 3 месяцев лечилась консервативно, но язвы и трещины не зажили. Больная потеряла трудоспособность. Мучительные боли, наступающие при мочеиспускании и при ходьбе, привели ее к резкому истощению: она раздражительна, ослабленного питания.

При обследовании хирурга отмечено: половые губы, большие и малые, атрофичны, инфильтрированы, кожные покровы во многих местах изъязвлены, с множеством трещин. Клитор увеличен в размерах, плотной консистенции с изъязвлениями. Кожные покровы и края слизистых оболочек половых губ малоподвижны, рубцово-изменены, спаяны с подлежащими тканями.

16/III-56 г. операция. Эфирно-кислородный наркоз. Произведено иссечение больших и малых половых губ и клитора. Иссеченные ткани, кожа, слизистый покров и жировая клетчатка резко склерозированы. Края ран хорошо кровоточат. Формирование половых губ произведено за счет мобилизации кожных лоскутов с жировой клетчаткой промежности путем разрезов с двух сторон перпендикулярно половой щели с дополнительными насечками в коже. Кожные края подшиты к слизистой

оболочке влагалища кетгутowymi узловатыми швами. Введен катетер на 5 дней. Во влагалище введен йодоформенный тампон.

Послеоперационное течение гладкое. Исчезли мучительные боли. Заживление первичное. На 15-е сутки после операции больная выписана домой в хорошем состоянии.

4/V-57 г. (через 1 год 2 месяца после операции) состояние больной хорошее. Трудоспособность восстановлена. Живет нормально половой жизнью. При осмотре гениталий — сформированные наружные половые органы выглядят обычно, половая щель прикрывается. Уретра не зияет. Болевая и тактильная чувствительность половых губ восстановлена. Отмечается два нежных окрепших рубца, расположенных с двух сторон половых губ.

Приведенные нами 2 случая иссечения рентгеновских язв с необычной локализацией представляют интерес с практической точки зрения.

Полученный нами успех после пластики дает нам право присоединиться к мнению других авторов, что при рентгеновских язвах, не поддающихся консервативному лечению, показано хирургическое лечение.

Поступила 14 июля 1957 г.

ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ ПРИ АБОРТЕ С ОБРАЗОВАНИЕМ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ

Асс. М. В. Монасыпова

Из 1-й кафедры акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков)
Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

Больная М. М., 33 лет, доставлена в клинику санитарной авиацией 12/XI 1956 г. с предположительным диагнозом: плацентарный полип, подострый левосторонний аднексит, вторичная анемия, хорионэпителиома.

М. М. была беременна 3 раза. Первые две беременности закончились срочными нормальными родами. Третья беременность закончилась 17/IX 1956 г. искусственным абортom в районной больнице. Через несколько часов после аборта открылось профузное кровотечение из родовых путей, прекратившееся после повторного выскабливания. 20/IX б-ная была выписана домой. На 16-й день после аборта, 3/X, вновь открылось сильное кровотечение из родовых путей. Б-ная была госпитализирована в стационар больницы, где кровотечение остановилось от применения лекарственных средств, и 11/X выписана домой. 13/X вновь открылось сильное кровотечение, потребовавшее госпитализации б-ной. Выскабливание матки в стационаре больницы дало кратковременную остановку кровотечения. 21/X, 22/X, 7/XI и 12/XI 1956 года кровотечения из родовых путей повторялись с той же силой в виде «бурлящей струи». Перелито 1400 мл крови. 7/XI с целью остановки кровотечения больная подверглась четвертый раз выскабливанию матки с направлением соскоба на гистологическое исследование. 12/XI произведена тугая тампонада полости тела матки и рукава, и с тампоном больная доставлена в клинику.

Общее состояние в момент поступления крайне тяжелое. Жалобы на общую резкую слабость, головокружение, головную боль, плохой сон и аппетит. Пульс 96, слабого наполнения; температура 37,6°. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледны. Живот в нижних отделах болезнен. Из родовых путей выступает комок марлевого тампона и выделяется в незначительном количестве сукровица. Дежурный врач, сохранив тампон, назначил общеукрепляющие и кровеостанавливающие средства и учредил строгое наблюдение за больной.

13/XI гем. — 26%, Э. — 2 700 000, Л. — 15 600, РОЭ — 7 мм в час. Моча — нормальная. Осторожно удален тампон. С помощью зеркал осмотрены шейка матки и стенки рукава. Особых изменений при этом осмотре обнаружено не было. При двуручном исследовании также не было установлено особых изменений. Кровотечение отсутствовало. Предварительный диагноз: вторичная анемия на почве плацентарного полипа или хорионэпителиомы. Решено применить консервативное лечение до получения гистологического исследования соскоба, добытого из матки 7/XI в районной больнице.

17/XI общее состояние больной резко улучшилось: исчезли головная боль, общая слабость, бессонница, боли в низу живота; появился аппетит; процент гемоглобина достиг 31; кровотечение из родовых путей не наблюдалось.

18/XI, в 5 ч. 30 м., без видимых причин у больной внезапно открылось профузное кровотечение из родовых путей с потерей крови до 700 мл. С целью остановки кровотечения срочно произведено обследование полости матки кюретками без расширения цервикального канала. При этом были получены плотные кусочки темного цвета. Влагалище затампонировано. Кровотечение прекратилось. Перелита кровь. Учитывая повторные сильные кровотечения из родовых путей без ясных причин, вызвавшие у больной анемию, решено экстренно предпринять чревосечение (под местной анестезией).

При чревосечении (асс. М. В. Монасыпова) в брюшной полости оказалось небольшое количество (25 мл) серозной жидкости, желтоватого цвета. Тело матки и ее придатки без особых изменений, слева от матки у ее ребра на уровне внутреннего зева шейки матки через брюшину просвечивало и определялось пальпаторно образование, величиною с черешню, округлой формы, тестоватой консистенции, с желтовато-коричневым оттенком. Произведена надвлагалищная ампутация тела матки. В момент отсечения тела матки от шейки ее был обнаружен искусственный ход в толще шейки матки, со следами давнего кровоизлияния в нем. Этот ход сообщал полость цервикального канала с полостью образования, расположенного у левого ребра матки. В этой полости содержался темный сгусток крови, толщина стенок полости достигала 0,5 см. Непосредственно в стенку этой полости входила ветвь маточной артерии. Послеоперационный период протекал без осложнений. 17/XII больная выписана домой.

Таким образом, у М. М. во время операции искусственного аборта произошло повреждение шейки матки в сторону левого параметрия, причем была нарушена целостность ветви маточной артерии с образованием ложной аневризмы, которая периодически опорожняла кровь через перфорационное отверстие в цервикальный канал.

Поступила 15 ноября 1957 г.

ДВА СЛУЧАЯ ПОЛНОГО ВЫВОРОТА МАТКИ¹

Канд. мед. наук А. З. Уразаев

Из акушерско-гинекологической клиники (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Вывороты матки относятся к редким формам патологии. По Яковлеву, выворот матки встречается 1 раз на 450 000 родов, по Рыжкову — на 300 000 родов, по Кривскому — на 135 000 родов, по зарубежным авторам — 1 выворот на 25 000 родов.

В июле 1957 г. в гинекологической клинике Казанского ГИДУВа мы наблюдали полный выворот матки у двух больных (1 — послеродовой, 1 — онкогенетический).

1. Б-ная М., 23 лет, поступила в клинику 20/VII 1957 г. с полным выворотом матки на 20-й день после первых срочных родов. Роды произошли дома без медицинской помощи доношенной девочкой, продолжались 6 часов. Послед выделился самостоятельно, при этом наблюдалось значительное кровотечение. В послеродовом периоде кровотечение возобновилось, появились признаки малокровия.

Объективно: больная обескровлена, температура 38°, пульс — 89 ударов в минуту, среднего наполнения, ритмичен. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Дефекация и мочеиспускание не нарушены.

Наружные половые органы без изменений. Кровянистые выделения в умеренном количестве. Влагалище выполнено опухолевидным образованием величиной с куриное яйцо. У основания опухоли определяется валикообразное циркулярное утолщение, соответствующее влагалищной части шейки матки. Тело матки и придатки не определяются.

При осмотре зеркалами обнаружена розоватого цвета слизистая вывороченной матки, покрытая пленками фибрина и слегка кровоточащая. Явления некроза отсутствуют.

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров-гинекологов 9/X 1957 г.

Гем. — 24%, э. — 1 760 000, Л. — 6 100, РОЭ — 35 мм в час. Моча — норма.

Диагноз: послеродовой полный выворот матки, вторичная анемия.

В предоперационном периоде проводилось лечение переливанием крови, антибиотиками.

П. Б-ная В., 42 лет, поступила в клинику 20/VII 1957 г. с жалобами на общую слабость, ноющие боли в низу живота, кровотечение и нарушение мочеиспускания. Направлена из онкологического диспансера гор. Казани с диагнозом: родившийся субмукозный фиброматозный узел.

Больная незамужняя, беременна не была. В 1949 г. через влагалище была удалена какая-то опухоль. После этого менструации стали приходить нерегулярно, были обильными и продолжительными. Три месяца тому назад был приступ сильных болей в низу живота. В течение нескольких дней лежала в постели. Началось кровотечение из половых путей, которое продолжалось до поступления в клинику.

Общее состояние больной удовлетворительное. Температура субфебрильная. Кожа и видимые слизистые бледные. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание частое, болезненное.

Наружные половые органы в пределах нормы, девственная плева нарушена. Выделения кровянистые, в умеренном количестве. Влагалище свободно пропускает 2 пальца. В верхней его части определяется опухолевидное образование величиной с куриное яйцо с гладкой поверхностью. Матка и придатки не пальпируются. Ректально на месте матки определяется воронкообразное углубление.

При зеркальном осмотре обнаружена розоватого цвета, сильно кровоточащая слизистая оболочка вывороченной матки, покрытая местами сгустками темного цвета. Некроза не обнаружено.

Нв — 36%, э. — 2 100 000, Л. — 6100, РОЭ — 25 мм в час. Моча — нормальна.

Диагноз: онкогенетический полный выворот матки, вторичная анемия.

В предоперационном периоде больной было произведено переливание крови, применялось лечение антибиотиками.

Лечение. Объем больной вывороченная матка вправлялась хирургическим путем (операция Кюстнера — Пикколи — Дюре).

Техника операций заключалась в следующем: под общим эфирным наркозом влагалище открывалось зеркалами, вывороченная слизистая матки обмывалась раствором риванола 1 : 1000. Маточные углы захватывались двумя пулевыми щипцами и подтягивались к влагалищному входу и кпереди. Зеркалом задняя стенка влагалища оттягивалась книзу. Поперечным разрезом непосредственно у шейки матки вскрывался задний свод. Кольпотомное отверстие тупым путем расширялось, и по введенному в него пальцу рассекалась по средней линии вся задняя стенка матки вместе с шейкой и дном. Матка вправлялась, разрез зашивался двухэтажными узловатыми кетгутовыми швами — мышечно-мышечными и серозно-мышечными. Защитная матка вправлялась через кольпотомное отверстие в брюшную полость. Полость малого таза дренировалась двумя марлевыми полосками, смоченными раствором пенициллина. Через кольпотомное отверстие в заднее дугласово пространство засыпался альбунид, в количестве 5 г.

Послеоперационный период протекал с многократным повышением температуры до 39—40°. Применялись антибиотики и подкожное вливание 0,8% раствора стрептоцида по 500 мг в течение 5 дней. Нормальная температура установилась у первой больной на 8-ой день, у второй — на 10-ый день. Дренажные полоски подтягивались с 4 дня и на 9 день были удалены. Полное заращение кольпотомного отверстия у первой больной произошло через 17 дней, у второй — через 27 дней. Больные были выписаны на 17 и 31 день в удовлетворительном состоянии при нормальном состоянии матки и придатков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жордания И. Ф. Учебник акушерства. М., 1955, стр. 469. — 2. Рыжков М. И. Сб. науч. тр., посвящ. проф. Л. Л. Окинчиц, Л., 1927, стр. 293—296. — 3. Яковлев И. И. Неотложная помощь при акушерской патологии. М., 1953, стр. 183—187.

Поступила 4 мая 1958 г.

ДВА СЛУЧАЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВО ВЛАГАЛИЩЕ МАЛОЛЕТНИХ ДЕВОЧЕК¹

Врач А. А. Сутюшева и асп. О. А. Королькова

Из гинекологического кабинета поликлиники Республиканской клинической больницы Минздрава ТАССР (главврач — Ш. В. Бикчурин, научный руководитель — проф. П. В. Маненков)

I. 12/XII 1957 г. на амбулаторный прием Республиканской клинической больницы была доставлена девочка пяти лет, направленная из жел.-дор. поликлиники с диагнозом: инородное тело во влагалище.

В присланной истории болезни указано, что девочка 20/VIII-57 г. прибыла в жел.-дор. поликлинику из г. Канаша с жалобами на гнойные бели. В Канаше проводилось противотрихомонадное лечение (осароловые засыпки, ванночки).

При осмотре в жел.-дор. поликлинике обнаружены легкая гиперемия на наружных половых органах, обильные липкие выделения из влагалища. В мазках из влагалища трихомонады и гонококки Нейсера не были обнаружены. Был поставлен диагноз: вульвит, и больной назначены сидячие ванночки и присыпки, состоящие из борной кислоты, глюкозы и стрептоцида поровну.

11/XII-57 г. повторное посещение поликлиники. Назначенное лечение оказалось безуспешным. При осмотре небольшое раздражение вульвы, жидкие, гнойные выделения из половой щели. При зондировании влагалища в нем обнаружено инородное тело. Больная с диагнозом: инородное тело во влагалище — направлена в поликлинику Республиканской клинической больницы (г. Казань).

Здесь после дезинфекции наружных половых органов, анестезирования промежности и окружности гимена 0,25% раствором новокаина, пинцетом, введенным во влагалище, удалена (А. А. Сутюшева) часть пружки от резиновой подвязки. Через тонкий резиновый катетер влагалище промыто риванолом 1:1000.

Данный случай интересен для практического врача тем, что при неуспешном лечении белей у девочек необходимо предполагать инородное тело во влагалище и для выявления его прибегать к инструментальному исследованию путем зондирования и ректальному исследованию.

II. 26/III-1958 г. была доставлена девочка Ш., 6 лет, с указанием на то, что во время игры она ввела себе во влагалище пуговицу. При осмотре наружных половых органов каких-либо патологических отклонений от нормы не отмечается. Гимен цел, имеет овальное отверстие, увеличивающееся при разведении малых половых губ.

Во влагалище введен указательный палец правой руки, который натолкнулся на круглую плоскую пуговицу, плотно прилегающую к задне-левому своду.

Пуговица была выведена в среднюю треть влагалища и установлена в горизонтальной плоскости ребром к выходу из влагалища. Затем она была захвачена пинцетом и извлечена (О. А. Королькова).

Девственная плева сохранена.

Поступила 31 марта 1958 г.

РЕФЕРАТЫ

Доц. И. Г. Чернецов (Курск). Лечебно-профилактическое значение тиамин при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

При язвенной болезни значительно нарушается баланс витаминов на фоне расстройств белкового, жирового, углеводного и солевого обмена.

Нарушения углеводного обмена нередко обуславливают синдромы гипо- или гипергликемии.

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров-гинекологов 2 апреля 1958 г.

В 47% у наблюдаемых больных сахар крови был ниже 90 мг %. У большинства гликоген крови был меньше 6 мг %. В 80—85% количество пировиноградной кислоты в суточной моче было выше 300 мг, в крови — больше 0,6 мг %. В 84% (обследовано 105 человек) молочная кислота была более 12 мг %. В 40% тиамин в суточной моче составлял ниже 50 гамм.

Тиамин применялся в комплексе с другими средствами консервативной терапии.

После введения тиамина в течение 12—15 дней количество его в моче резко возрастало. Оно у всех было выше 200 гамм, а иногда 500—1200 гамм. Одновременно выравнивались нарушения углеводного обмена по выше приведенным показателям.

При введении тиамина улучшалось общее самочувствие больных, снималась боль, исчезали изжога, тошнота, отрыжка, улучшался аппетит, сон, уменьшалась раздражительность.

Ниша уменьшалась в размерах или наступало рубцевание язвы.

Таким образом, в комплексной терапии язвенной болезни тиамин является активным ингредиентом.

В. Ф. Машагатов (Ижевск). К вопросу о влиянии грязевых процедур курорта Варзи-Ятчи Удмуртской АССР на сердечно-сосудистую систему

По своему физико-химическому составу и биологическим свойствам варзи-ятчинская грязь относится к торфяным и иловым грязям и содержит в себе в растворенном состоянии сероводород.

Для выяснения влияния грязевых процедур, отпускаемых на данном курорте, на сердечно-сосудистую систему автором исследовалось 100 больных в возрасте от 16 до 61 года, из них мужчин было 63 и женщин — 37 человек.

С заболеванием опорно-двигательного аппарата было 68 человек, с поражением периферической нервной системы — 20, гинекологических больных — 12.

Исследование проводилось в летние месяцы 1955 и 1956 гг.

Процедуры назначались больным в виде грязевых аппликаций с температурой 38—46° и продолжительностью от 8 до 15 мин. На курс лечения отпускалось от 12 до 18 грязевых процедур.

Из числа всех исследованных больных 37 человек имели незначительное расширение сердца влево, приглушение сердечных тонов, недостаточность кровообращения у них не превышала первой степени. Во всех случаях частота пульса и артериальное давление до лечения были нормальными. Исходная ЭКГ у 26 больных характеризовалась незначительным замедлением систолы желудочков, в 39 случаях имела характер левограммы, у 23 — правограммы.

Однократная грязевая процедура в начале лечения у 43 больных вызывала учащение сердечного ритма на 5—29 ударов в мин, у 25 — урежение на 5—12 ударов, в остальных случаях ритм остался неизменным.

Спустя 30 мин с момента окончания процедур, у 47 человек из 60 обследованных больных отмечалось заметное урежение ритма (на 8—20 ударов в 1 мин), лишь у 4 больных осталась нерезко выраженная тахикардия. Через 1,5 часа урежение ритма отмечалось у 42 больных, учащение — у 3. У 9 больных на фоне брадикардии появилась синусовая аритмия. Аналогичные изменения ритма сердца отмечались и при повторном исследовании в конце курса лечения.

Степень тахикардии находилась в прямой зависимости от температуры грязи и площади аппликаций. Урежение ритма непосредственно

после аппликаций наблюдалось при применении грязей относительно низких температур и меньшей площади приложения. Наклонность к брадикардии через 30 мин и спустя 1,5 часа после грязевых процедур наблюдалась независимо от температуры грязи и площади аппликаций.

Под влиянием курса лечения у 27 больных наступило учащение ритма в среднем на 10—20 ударов, у 20 — резко выраженная брадикардия, и у остальных ритм сердечной деятельности не изменился.

У 3 больных, наряду с урежением ритма, появились желудочковые экстрасистолы.

Непосредственно после процедуры и через 30 мин после ее окончания у 52 больных было отмечено снижение амплитуды зубцов R и T, преимущественно во II и III отведениях, однако через 1,5 часа в большинстве случаев высота их возвращалась к исходным величинам.

Под влиянием курса лечения уменьшалась величина зубцов R (54) и T (у 46), причем в отдельных случаях наступали инверсия и уплощение зубца T, преимущественно в III отведении.

Непосредственно после процедуры снижение систолического давления в пределах 15—30 мм наблюдалось у 50 и снижение диастолического на 5—15 мм у 36 больных. Через 1,5 часа после процедуры у большинства больных уровень артериального давления возвращался к исходным цифрам. По окончании курса лечения кровяное давление было измерено у 65. У 46 оно оказалось сниженным (максимальное — на 5—30 мм и минимальное — на 5—20 мм). Магнетиальное время определялось у 13 больных. Под влиянием однократных процедур у 9 человек наблюдалось ускорение тока крови на 1—7 сек. После лечения скорость кровотока в 5 случаях увеличилась на 1—5 сек.

Проведенные наблюдения дают право заключить, что грязелечение на курорте Варзи-Ятчи допустимо для больных лишь с небольшими нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, не выходящими за рамки недостаточности кровообращения первой степени и без симптомов коронарной недостаточности. Должна быть проявлена осторожность при назначении процедур больным с кардиосклерозом.

Доц. А. П. Кияшов (Одесса). О предоперационной обработке рук хирурга 3% раствором сернокислого цинка

Бактериологическим исследованием, экспериментами на животных и, наконец, клинической практикой удалось установить, что 3% раствор сернокислого цинка является эффективным средством обработки рук хирурга. Менее концентрированные растворы дают худшие результаты, более концентрированные повреждают кожу.

Руки после мытья с мылом обрабатываются стерильными марлевыми салфетками в течение 8 мин струей подогретого 3% раствора сернокислого цинка. В заключение руки вытираются стерильным сухим полотенцем или стерильными сухими салфетками.

В Одесском областном онкологическом диспансере было проведено 1037 операций, перед которыми руки хирурга и ассистентов обрабатывались по вышеуказанному методу. В 97,4% наблюдалось заживление первичным натяжением, в 2,2% — вторичным натяжением. У четырех больных (0,38%) было выраженное нагноение, четверо больных скончались от причин, связанных с основным заболеванием, или от послеоперационных осложнений.

В факультетской хирургической клинике лечебного факультета Одесского медицинского института в последние годы 3% раствор сернокислого цинка с успехом применяется как заменитель чистого винного

спирта после обработки рук $1\frac{1}{2}\%$ раствором нашатырного спирта. Руки вначале протираются при помощи марлевых салфеток в струе $1\frac{1}{2}\%$ раствора нашатырного спирта 5 минут, затем 3 минуты обрабатываются марлевыми салфетками под струей 3% раствора сернокислого цинка, наконец, осушаются сухой стерильной марлевой салфеткой.

При обработке рук описанным способом были проведены различные операции 950 больным.

В $94,6\%$ послеоперационные раны зажили первичным натяжением, в $5,4\%$ — вторичным натяжением, в том числе у 9 больных ($0,9\%$) наблюдалось выраженное нагноение.

При обработке рук баккалином количество послеоперационных нагноений равно 1% , при обработке по Спасокукоцкому — Кочергину — 1% ; 2% раствором хлористого аммония в 80° спирте — $0,3\%$; $1\frac{1}{2}\%$ раствором нашатырного спирта и 3% раствором сернокислого цинка — $0,9\%$; раствором КОН по Напалкову — $0,5\%$, и 3% раствором сернокислого цинка — $0,38\%$.

Баккалин является дефицитным веществом. Хлористый аммоний и КОН при повторном их применении неблагоприятно влияют на кожу. Поэтому наиболее приемлемыми способами предоперационной подготовки рук следует считать способ Спасокукоцкого — Кочергина и предложенный способ обработки 3% раствором сернокислого цинка.

Р. В. Овечкин (Свердловск). К дифференциально-диагностической оценке некоторых симптомов при заболеваниях пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы

Проверялась диагностическая ценность: 1) симптома «высокой пятки» (А. Т. Акопджанянц — 1928), 2) безболевого рефлекторно-тонического симптома (А. О. Хачатуров — 1948) и 3) «феномен таза» (В. В. Селецкий — 1949) у 150 больных с поражением пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы.

Были получены следующие данные о частоте симптомов.

Симптом Лазега — $98,6\%$; безболевого рефлекторно-тонический симптом — $82,6\%$; симптом «высокой пятки» — $71,3\%$; «феномен таза» — $43,3\%$. Другие симптомы, например, симптом Вассермана — встретился в $28,6\%$; симптом Нери — Куница в $25,3\%$ и симптом Дежерина — в $9,3\%$ обследованных больных.

Ценность безболевого рефлекторно-тонического симптома заключается в том, что он является ранним симптомом заболевания и что его трудно имитировать. Этот симптом является довольно стойким признаком заболевания пояснично-крестцовых корешков и седалищного нерва и исчезает позднее многих других феноменов, связанных с наличием болей.

Симптом «высокой пятки» наблюдается у больных как в острой стадии заболевания, когда имеется болезненность паравerteбральных точек и точек по ходу седалищного нерва, так и в случаях, когда наступает стихание болей, но воспалительный процесс еще не закончился, хотя при пальпации больной уже не отмечает болезненности по ходу пораженного седалищного нерва. Он исчезает позднее других болевых феноменов.

Рассмотренные два симптома встречаются как при корешковой, так и стволовой форме поражения, независимо от его характера.

«Феномен таза» обычно наблюдается при корешковых формах поражения со значительно выраженным болевым синдромом. В процессе клинического улучшения он исчезает значительно раньше, чем симптом

«высокой пятки» и безболевого рефлекторно-тонический симптом. При невритах и невралгиях седалищного нерва «феномен таза» обычно не встречается.

В. П. Киценко (Краснодар). К методике лечения ишиаса на здравпунктах

При терапии пояснично-крестцовых фуникулитов в амбулаторных условиях наиболее эффективной оказалась следующая методика: больной принимал анальгин по 0,5 г 4 раза в день в течение 6—7 дней; с первого же дня проводилось опыление хлорэтилом паравerteбрального отдела поясничной области в течение 2—3 дней, один раз в день до инея (30 мл хлорэтила); внутримышечные инъекции 1% раствора новокаина по 5 мл в ягодичную область один раз в день в течение 10 дней; на 3—4 день курс ультрафиолетового облучения эритемными дозами, по полям, ежедневно одно поле (пояснично-крестцовая область, ягодица, задняя поверхность ноги). Из 123 поликлинических больных при описанном методе практическое выздоровление на 5 день лечения наступило у 61 больного и на 7—10 день — у 62.

В. М. Суягин (Пенза). Опыт применения новокаина при лечении эпилепсии

Основываясь на свойстве новокаина снижать возбудимость моторных зон коры головного мозга, был проведен опыт лечения больных новокаином.

Для лечения была взята группа больных с наибольшим количеством припадков (35 человек).

$\frac{1}{4}$ % раствор новокаина вводился внутривенно курсами из 10 ежедневных вливаний, начинавшихся с 3 и достигавших 10 мл при ежедневном увеличении дозы на 1 мл. После 10 вливаний новокаина (1-й курс) делался перерыв на 10 дней и затем следовал второй курс, но уже 0,5% раствор новокаина через день, с 3 до 10 мл. Одновременно с введением новокаина, больному давалась минимальная доза смеси Серейского (включавшая люминала 0,05—0,07) и витамины С и В в течение всего времени лечения.

После 15—20-дневного перерыва проводился 3-й курс с тем отличием, что 0,25% раствор новокаина вводился не ежедневно, а через два дня на третий. После 3—4 курсов больному давался чистый люминал в дозе 0,07 по 1 порошку 2—3 раза в день. При отсутствии эффекта больному, особенно при ночных припадках, на ночь делалась клизма из 6% раствора хлоралгидрата в течение трех суток, а в последующие трие суток делались клизмы с физиологическим раствором.

Лечение новокаином не проводилось при пониженном кровяном давлении, а также при повышенной свертываемости крови.

У всех больных, получавших новокаин, резко уменьшалось число припадков, улучшалось общее физическое состояние и самочувствие. Никаких побочных явлений отмечено не было. Следует отметить, что при подкожном и внутривенном применении новокаина эффект ниже, чем при внутривенном.

Лечение проводилось как у стационарных больных (20), так и у амбулаторных (15).

Эффективность лечения даже небольшой группы больных эпилепсией благотворно сказалась на психическом состоянии других больных; у них пропадает сознание безнадежности, бесполезности лечения противосудорожными средствами. Указанный метод лечения не всегда бывает действенным и не является чем-то законченным, а требует дальнейшей разработки, усовершенствования.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О СОСТОЯНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАНИ И МЕРАХ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ

Главный акушер-гинеколог Казанского горздравотдела

доц. З. Н. Якубова

Наряду со значительным улучшением основных показателей родовспоможения, в гор. Казани в течение ряда лет отмечается рост обращаемости по поводу гинекологических заболеваний, что свидетельствует о неудовлетворительной организации гинекологической службы. Настоящее сообщение имеет целью вскрыть некоторые организационные дефекты и наметить пути к их устранению.

Гинекологическая заболеваемость определяется по количеству первичных обращений в женские консультации и здравпункты промышленных предприятий города. Так, в 1955 г. количество таких обращений по поводу гинекологических заболеваний составляло 19 176 человек, в 1956 г. — 25 111 чел., в 1957 г. — 26 071 чел. По характеру заболеваний на первом месте стоят больные с воспалительными процессами женской половой сферы.

Это обстоятельство требует внимания, ибо известно, что воспалительные процессы лежат в основе развития более грозных заболеваний женской половой сферы, как-то: внематочная беременность, злокачественные новообразования, бесплодие.

Гинекологическая помощь населению гор. Казани оказывается 10 женскими консультациями, 16 здравпунктами промышленных предприятий и гинекологическими стационарами на 300 коек, куда входят и 40 коек в стационарах закрытого типа при медсанчастях.

Основным звеном акушерско-гинекологического объединения является женская консультация. Профилактика гинекологической заболеваемости должна идти по линии диспансеризации женского населения района обслуживания женской консультации путем систематических проводимых профилактических осмотров женщин. Но с диспансеризацией женского населения гор. Казани дело обстоит крайне неблагоприятно. Об этом свидетельствует такое небольшое количество проведенных профилактических осмотров женщин как 47 000 за год на весь город. Такое положение объясняется рядом причин, как-то: недостаточная укомплектованность штатов женских консультаций врачами и патронажными сестрами, неудовлетворительное оснащение их современным оборудованием.

К числу таких причин, устранимых самими женскими консультациями, следует отнести и то важное обстоятельство, что некоторые заведующие женскими консультациями не уделяют должного внимания профилактической работе консультации и не воспитывают в этом направлении коллективы своих работников. Работа врача в профилактический день на участке не направляется и не контролируется со стороны заведующего женской консультацией. В результате участковые врачи проводят в лучшем случае патронаж беременных на дому или санитарно-просветительную беседу на промышленных предприятиях города, используя при этом зачастую лишь часть отведенного для профилактической работы дня.

Путем следующего простого подсчета можно показать, насколько можно при желании увеличить количество профилактических осмотров женщин. Если каждая женская консультация способна легко провести 300 профилактических осмотров в неделю (по 100 осмотров на каждо-

го врача при трех врачах женской консультации), то в год на каждую консультацию это составит около 15 000 осмотров, а на все 10 женских консультаций города около 150 000.

Обоснованность приведенного подсчета подтверждается тем, что из двух равных по условиям работы женских консультаций одна (№ 3) дала 3320 профилактических осмотров за 1957 год, а другая (№ 6) — 11 749.

Вывод ясен — на основе обмена опытом необходимо коренное улучшение работы отстающих женских консультаций.

Санитарно-просветительную работу женских консультаций можно было бы признать удовлетворительной по количеству фиксированных бесед и лекций. Кстати следует сказать, что санитарно-просветительная работа женских консультаций должна идти, прежде всего, по линии борьбы с абортami со включением пропаганды противозачаточных средств, а также по пути широкого разъяснения населению основ гигиены женщины всех периодов ее жизни. Это особенно важно в смысле профилактики воспалительных заболеваний женской половой сферы, поскольку удельный вес их весьма высок.

Что касается лечебной работы женских консультаций, то теснота и неблагоустроенность их помещений практически исключает возможность развертывания таковой на должном уровне за исключением трех более или менее благоустроенных консультаций. Вся лечебная работа женских консультаций в основном сводится к малоэффективным спринцеваниям, влагалищным тампонам, ванночкам и т. п. Такие методы, как ионофорез, диатермия, термокоагуляция, кварц, солюкс, парафино-грязелечение и др., большинством женских консультаций не проводятся. Следовательно, амбулаторное лечение гинекологических заболеваний, и в первую очередь воспалительных, в городе в целом, можно сказать, поставлено неудовлетворительно. Отсюда понятно происхождение многих часов потери трудоспособности женщин. Улучшение лечебной работы женских консультаций связано с необходимостью их оснащения соответствующей аппаратурой и оборудованием, расширением их площади.

Переходя к анализу работы здравпунктов промышленных предприятий, следует сказать, что в руководстве их работой встают немалые трудности ввиду закрытого типа большинства из них. Поскольку гинекологи, работающие в здравпунктах, подчинены прежде всего главному врачу медико-санитарной части, его указаниями, часто далекими от этой специальности, и определяется постановка гинекологической службы данного здравпункта. В результате все врачи-акушеры-гинекологи, как правило, вовлекаются в работу не по специальности, в ущерб своей основной работе. Они проводят профилактические осмотры в отношении кожных заболеваний, вовлекаются в борьбу с малярией, дизентерией, гриппом, проводят диспансерное наблюдение за ревматиками, гипертониками и пр. Санитарно-просветительные беседы и лекции врачи-акушеры-гинекологи проводят по вопросам общей медицинской практики, терапии, хирургии и других специальностей. Для примера приведем работу врача-акушера-гинеколога здравпункта льнокомбината. Рабочий день врача складывается из приема гинекологических больных, на что отводится 3 часа. Остальные 3,5 часа врач занят не по специальности — работает по диспансеризации больных гипертонией, ревматизмом, трахомой и т. д.

Таким образом, работа врача-акушера-гинеколога на промышленных предприятиях сводится, главным образом, к амбулаторному приему больных, sporadическим санитарно-просветительным беседам по специальности и недопустимо малым количествам профилактических ги-

некологических осмотров, которыми по городу в 1957 г. было охвачено примерно лишь 40% женщин, работающих на данных промышленных предприятиях.

Следует сказать, что здравпункты промышленных предприятий, как правило, хорошо оборудованы, имеют соответствующие помещения, и в отношении организации профилактических осмотров пользуются постоянной поддержкой начальников цехов. Поэтому 40% охвата женщин профилактическими осмотрами является для этих здравпунктов недопустимо малой цифрой. Необходимо в ближайшее время довести ее до 100%. По данным профилактических осмотров, количество женщин, подлежащих диспансеризации, составляет 1,4%¹ из общего числа осматриваемых. Госпитализация обеспечена лишь 70% из них, поскольку 30% подлежащих госпитализации не получили койку из-за постоянного отсутствия мест в стационарах.

Крайняя недостаточность гинекологических коек в городе известна давно. Некоторое увеличение их числа в последние годы большого облегчения не принесло. Это видно из процента выполнения койко-дней по гинекологическим стационарам города, который равен в среднем 123%. Количество гинекологических коек на 1000 населения, вместо нормы 0,8 в 1956 г., было 0,46, а в 1957 г. — 0,53. Следовательно, недостает примерно 30% гинекологических коек в городе. Отсюда понятно и то, что стационары города обслуживают почти исключительно экстренных больных, требующих оперативного вмешательства. Консервативная стационарная помощь по поводу воспалительных заболеваний, можно сказать, близка к нулю. Из 1786 отказов (неполные данные) в госпитализации более чем 1400 падает на больных с воспалительными процессами женской половой сферы. Если исходить из того, что воспалительные процессы предшествуют самопроизвольному выкидышу, внематочной беременности, кистам яичников, злокачественным новообразованиям шейки и тела матки и т. д., то ясно, что пока мы не организуем должным образом предупреждение и лечение воспалительных процессов в условиях здравпунктов и женских консультаций, нам не удастся снизить гинекологическую заболеваемость вообще.

В заключение, несколько слов о закрытых стационарах при медсанчастях промпредприятий. Гинекологические отделения последних, как правило, имеют небольшое количество коек, но отличаются хорошим оборудованием, обеспечивающим возможность проведения всех видов консервативного лечения заболеваний женской половой сферы. Наблюдаются попытки ликвидировать некоторые из таких отделений. Нам кажется, что их нужно не ликвидировать, а всемерно развешивать, и 15—10 коек во многих медсанчастях составят солидную сеть стационарной помощи, где женщины, страдающие воспалительными процессами, смогут получить надлежащее и своевременное лечение.

Поступила 30 мая 1958 г.

ОБЗОР

СРЕДСТВА ДЛЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Асс. Д. М. Зубаиров

Из кафедры фармакологии Казанского медицинского института
(зав. — доц. М. А. Алуф)

Применение антикоагулянтов для лечения значительно улучшило прогноз различных заболеваний, связанных с тромбозом и эмболией. За последнее десятилетие было испытано большое количество новых антикоагулянтов как в нашей стране, так и за

границей. Врачи разных специальностей проявляют живой интерес к применению этих препаратов.

В основе современных представлений о процессе свертывания крови лежит ферментативная теория А. Шмидта. По этой теории протромбин под действием тромбопластина и ионов кальция превращается в активный фермент тромбин, который осуществляет переход фибриногена (глобулярный белок) в фибрин, имеющий волокнистую структуру.

За последние полтора десятилетия были открыты и другие факторы свертывания крови. Было выяснено, что для быстрого превращения протромбина в тромбин, кроме тромбопластина и ионов кальция, необходимы «ускорители»: лабильный фактор (фактор V) и конвертин (фактор VII). Расширились сведения об образовании тромбопластина крови. Активный тромбопластин крови получается при взаимодействии тромбопластинового компонента тромбоцитов с факторами, содержащимися в плазме: антигемофильским глобулином (фактор VIII), Кристмас-фактором (фактор IX) и тромбостропином (7,22 и др.).

Стимулом свертывания крови является контакт крови со смачиваемой поверхностью. При этом происходят распад тромбоцитов с освобождением из них тромбопластинового компонента, а также активация VII и IX факторов. На рис. 1 приведена упрощенная и несколько видоизмененная нами схема свертывания крови по Марбету — Винтерштейну с обозначением на ней точек приложения антикоагулянтов.

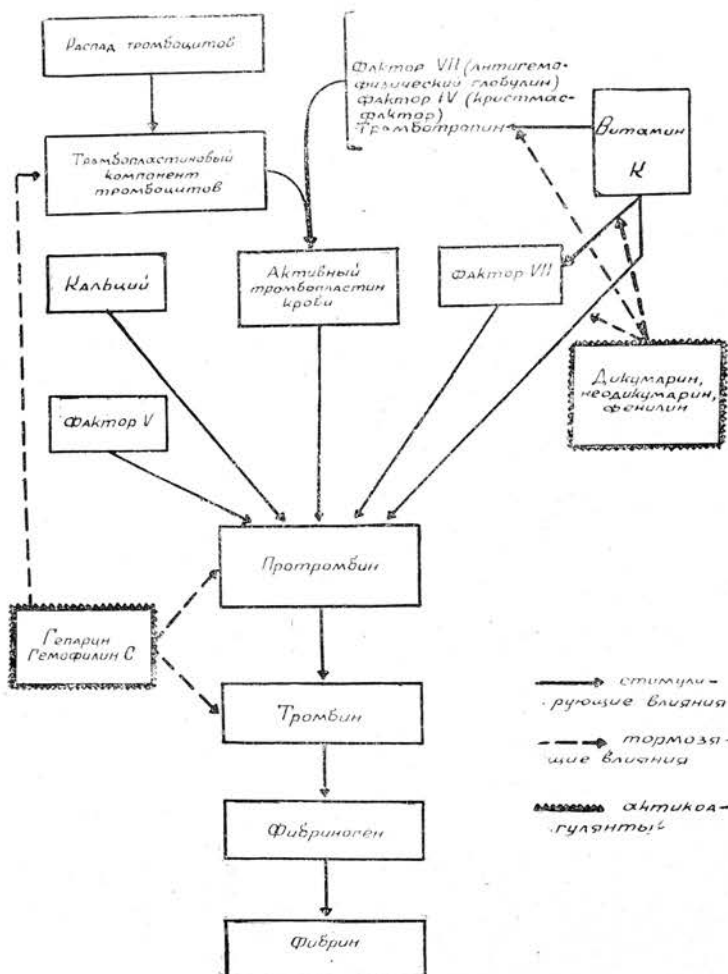


Рис. 1.

Схема свертывания крови и точек приложения антикоагулянтов.

Современные данные (23 и др.) говорят о том, что из трех основных факторов, определяющих тромбообразование (свертываемость крови, скорость кровотока и повреждение сосудистой стенки), решающее значение принадлежит изменениям системы свер-

тывания крови, а два остальных фактора, в основном, определяют локализацию тромба. Стенки кровеносных сосудов богаты тромбопластином, и любое повреждение их может вызвать освобождение тромбопластина с последующим образованием из протромбина тромбина (27). С этого момента внутри кровеносных сосудов может последовательно протекать аутокаталитическая серия реакций, обуславливающих активирование протромбина даже при отсутствии тромбопластина тканей. Кровяные пластинки в сочетании с антигемофильским глобулином, Кристмас-фактором и тромботропином под воздействием небольшого количества ранее образованного тромбина дают активный тромбопластин плазмы. Кроме этого, в настоящее время имеются основания полагать, что пусковым механизмом свертывания могут быть скопления кровяных пластинок, которые легко задерживаются в сосудистых областях с замедленным движением крови. В этом случае тромб образуется без повреждения сосудистой стенки (28). Решающее значение повышенной свертываемости крови в процессе тромбообразования проливает свет на клинические наблюдения о возможности образования тромбов в неповрежденных сосудах и объясняет успех антикоагулянтной терапии при инфаркте миокарда и других заболеваниях, сопровождающихся тромбоэмболиями. При своевременном введении быстро действующего антикоагулянта, например, гепарина, могут произойти растворение фибриновой основы уже существующего тромба под действием фермента фибринолизина и восстановление кровотока в этом участке сосудистого русла. Но даже, если и не произойдет уничтожение тромба, уменьшение свертываемости крови под действием антикоагулянтов предупреждает дальнейший рост тромба и образование эмболов.

Антикоагулянты показаны для лечения и профилактики тромбозов и эмболий периферических вен и артерий, инфаркта миокарда, тромбозов и эмболий легочных и мозговых сосудов (1, 2, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 25, 26 и многие др.). Имеются, пока еще немногочисленные, указания на эффективность применения этих препаратов при облитерирующем эндартерите, отогенном синус-тромбозе и тромбоэмболиях сосудов сетчатой оболочки глаза (4, 5 и др.). Некоторые клиницисты (9, 20) рекомендуют применять антикоагулянты у больных с атеросклерозом и стенокардией не только потому, что они могут предупреждать развитие коронарнотромбоза и инфаркта миокарда, но и потому, что при назначении антикоагулянтов почти у половины больных исчезают боли. Это, видимо, связано с тем, что эти препараты способны расширить венечные сосуды. Вполне оправданно применение антикоагулянтов при ревматических митральных пороках сердца для предупреждения столь частых тромбозов и эмболий как полостей сердца, так и сосудов большого и малого круга. Расширенные показания к применению антикоагулянтов (для лечения ран, рубцов, келоидов, контрактур, спаяк, некоторых дерматологических заболеваний и пр.) рассматриваются в специальной монографии Перлика (26).

По механизму действия различают прямые и непрямые антикоагулянты.

К прямым антикоагулянтам относится гепарин. Он содержится в организме в тучных клетках периваскулярной ткани. Впервые был изолирован Мак-Лином (1916) из печени, откуда и название — гепарин. Представляет собой мукополисахарид, в состав которого входят глюкозамин, глюкуроновая и серная кислоты (см. рис. 3).

Являясь полиэфиром серной кислоты, гепарин обладает сильным отрицательным электрическим зарядом. Этот заряд ведет к уменьшению сродства между протромбином и агентами, катализирующими его превращение в тромбин. Кроме этого, гепарин нарушает образование тромбопластина путем блокады тромбопластинового компонента тромбоцитов (см. рис. 1), а также является антагонистом тромботропина. Под действием гепарина нарушается ферментативный процесс превращения фибриногена в фибрин, инактивируется тромбин. Стандартизуется биологически. Одна международная единица обладает активностью 1/130 мг стандартного препарата. Терапевтическая доза лежит в пределах 60 000—80 000 м. е. в сутки. Применяется только парентерально, потому что расщепляется под действием пищеварительных соков. При внутривенном введении гепарин вызывает моментальное замедление свертывания крови. При внутримышечном введении действие наступает через 20—30 минут. Так как для поддержания терапевтической концентрации необходимо распределить суточную дозу, по меньшей мере, на 4 инъекции, а лечение должно продолжаться длительно, то в большинстве случаев через несколько дней переходят на дикумарин, неодикумарин или фенилин. Применение гепарина имеет чрезвычайно важное значение при начинающемся тромбозе, когда введение препарата нередко может привести к реканализации тромба. Меньшее значение принадлежит ему в профилактике.

Лечение гепарином контролируется путем регулярного определения времени свертывания крови. По способу Фоноу время свертывания должно лежать между 15 и 20 минутами (26).

При оперативном лечении острой артериальной непроходимости (13) применение гепарина можно начать местно с момента надсечения артерии и проводить далее до минования опасности тромбоза или до проявления действия непрямых антикоагулянтов (при их комбинировании).

Целесообразно ли применять гепарин до операции? Ответ положительный, если операция удаления тромба будет произведена не ранее, чем через 3—4 часа, так как

предварительное введение гепарина уменьшает опасность образования продолженного тромба, а к моменту операции свертываемость крови восстановится. С теоретической точки зрения, гепарин можно вводить и перед самой операцией, потому что на время кровотока гепарин влияет мало. Однако большинство хирургов считает это рискованным.

Аллергические осложнения в виде крапивницы и легкого шока могут наблюдаться как при повторном, так и при первичном применении препарата. Эти аллергические осложнения могут зависеть от недостаточной очистки препарата, однако описаны случаи, когда, по-видимому, сам гепарин был причиной такого рода аллергии (21).

При передозировке гепарина кровь перестает свертываться. Чтобы ликвидировать опасность кровотечения, рекомендуется вводить протамин-сульфат, который способен нейтрализовать гепарин.

К непрямым антикоагулянтам относятся производные кумаринового и индандионового рядов (дикумарин, неодикумарин, фенилин). Они вытесняют витамин К из ферментной системы, необходимой для образования протромбина, тромботропина и фактора VII. Конкурентное вытеснение витамина К этими антикоагулянтами обусловлено некоторым структурным сходством между ними (см. рис. 2). Слабым антикоагулирующим действием обладают салициловая кислота и аспирин, напоминающие по своему строению производные кумарина. Под влиянием не прямых антикоагулянтов в организме нарушается образование фактора VII, тромботропина и протромбина.

При назначении не прямых антикоагулянтов необходимо регулярно исследовать активность протромбина. Терапевтический уровень протромбина разными исследователями определяется по-разному. Ярд клиницистов рекомендует снижать активность протромбина до 15—25%. Ввиду того, что такое снижение протромбина близко граничит с уровнем, за которым уже наступают геморрагии, в последнее время намечается тенденция сохранять в течение терапии антикоагулянтами более высокую активность протромбина. Например, Б. П. Кушелевский считает достаточным снижать его активность до 30—50%. Однако, при недостаточном снижении активности протромбина следует считаться с повышенной опасностью эмболии, так как в этих случаях антикоагулянты не препятствуют свертыванию, а только ослабляют прикрепление сгустка к стенке сосуда. Не рекомендуются прерывистые курсы лечения, потому что имеется тенденция к образованию тромбов и эмболов после быстрой отмены антикоагулянтов. Наряду с антикоагулирующим действием, препараты типа дикумарина обладают спазмолитическими и сосудорасширяющими свойствами.

Дикумарин, неодикумарин и фенилин имеют свои преимущества и недостатки.

Дикумарин (Dicumarinum) — 3,3' — метилен-бис-(4 оксикумарин). Синонимы: дикумарол, мелитоксин, кумид, дикуман, антитромбон (зарубежные препараты). Белый кристаллический порошок с ароматическим запахом, горького вкуса. Может быть получен из медового клевера (донник) или синтетическим путем.

Препарат дают внутрь по 0,1 2—3 раза в день; во второй день по 0,05 2—3 раза в день. Всасывается дикумарин медленно, действие проявляется не сразу, а через 24—72 часа. В дальнейшем достаточно давать 0,05—0,1 в день, так как он обладает кумулятивными свойствами. Медленное выделение дикумарина объясняют его связью с белками плазмы, особенно альбумином.

Около 15% препарата откладывается в печени. Оказалось, что имеется связь между содержанием дикумарина в печени и длительностью гипопротромбинемии (24).

Дикумарин разрушается в организме и частично выделяется с желчью, калом, мочой. При распаде дикумарина получается салициловая кислота.

Дозирование должно быть индивидуализировано на основании анализа активности протромбина в крови.

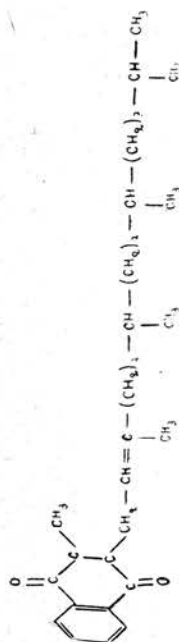
Дикумарин противопоказан при гемофилии, заболеваниях печени и почек, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и других заболеваниях, сопровождающихся повышенной кровоточивостью. Не следует назначать дикумарин во время менструаций и в первые дни после родов.

Побочное действие, заключающееся в головной боли, тошноте, повышении температуры и поносе, наблюдается редко.

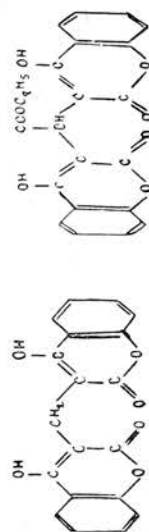
При передозировке появляются гематурия, кровоизлияния в коже, деснах и конъюнктиве. Рекомендуется немедленно вводить витамин К (викасол 3% раствор в ампулах по 5 мл 3—6 раз в день подкожно или внутримышечно), а также переливание плазмы крови или цельной свежей крови.

Неодикумарин (Neodicumarinum) — 3,3' — карбоэтоксиметилен-бис-(4 оксикумарин). Синонимы: пелентан, тромексан (зарубежные препараты). Белый кристаллический порошок, практически не растворимый в воде. Всасывается и выделяется быстрее дикумарина, а поэтому обладает более быстрым антикоагулирующим действием и меньшей кумуляцией. Неодикумарину дают предпочтение в первые дни лечения. В первые дни лечения дают по 0,3 два — три раза в день, затем дозу уменьшают соответственно со снижением в крови активности протромбина.

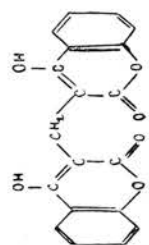
Противопоказания те же, что и для дикумарина.



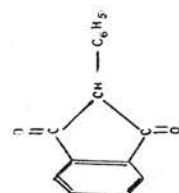
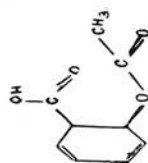
В. ТАМБ К.



Не одикума рин

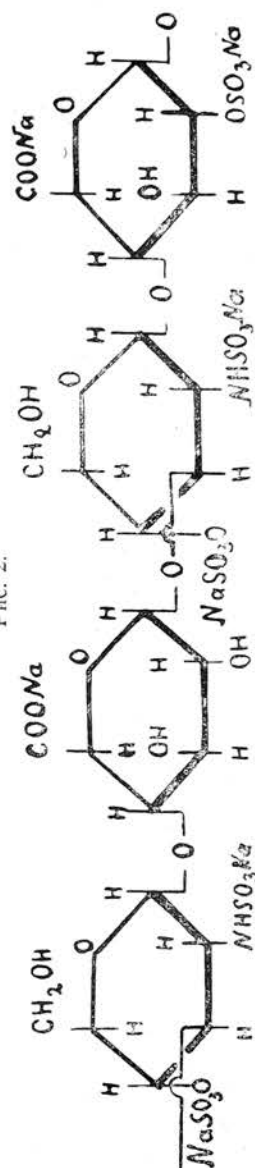


Дикмарин



Аспирин

Рис. 2.



[C24 H31 O35 N2 S5 Na7] x

Рис. 3.

Гепарин (по Wolfrom, Montgomery, Karabinos и Rathgeb).

При появлении диспептических расстройств: изжоги, чувства жара, ощущения горечи во рту — можно продолжать лечение дикумарином.

Признаки и терапия передозировки те же, что и для дикумарина.

Фенилин (Phenilinum) — 2-фенилиндандион — 1, 3 (структурная формула представлена на рис. 2). Зарубежные препараты: фенилиндандион, фениндион, диндеван, данилон, гедулин, тромасал. Белый кристаллический порошок, отдельные частицы которого имеют вид блестящих чешуек. Выпускается в таблетках по 0,03.

По скорости всасывания и выделения занимает промежуточное место между дикумарином и неодикумарином. Обнаруживается в печени только короткое время. Он большей частью откладывается на эритроцитах.

Назначают внутрь в дозе 0,03—0,05 два раза в день. После снижения активности протромбина дозу уменьшают до 0,01—0,02 на прием.

Противопоказания такие же, как для дикумарина и неодикумарина. У некоторых больных отмечается окрашивание ладоней в оранжевый и мочи — в розовый цвет (при щелочной реакции мочи). Прибавлением кислоты можно отличить окрашивание, вызванное фенилином, от гематурии.

При передозировке препарата появляются симптомы геморрагического диатеза. Терапия этого осложнения такая же, как при передозировке дикумарина.

В ряде случаев встречаются лица, резистентные к непрямым антикоагулянтам, то есть при их назначении не наступает снижение активности протромбина. В таких случаях один препарат заменяют другим, или же назначают одновременно антибиотик и гепарин (16,26).

Необходимо отметить, что идеального антикоагулянта еще нет, но при правильном комбинировании существующих препаратов можно получить быстрое и длительное уменьшение свертываемости крови. Это отражено в схеме Кушелевского для лечения больных инфарктом сердца, которая обеспечивает быстрый эффект, вначале с устойчивым снижением протромбина и поддержанием его на невысоком уровне — в последующем.

Первые два дня — пробная доза: неодикумарин по 0,3 3—2 раза в день.

Третий и четвертый дни — перевод на дикумарин: 0,1 дикумарина 1 раз утром и неодикумарин 1 раз вечером. Последний назначается: 1) в случаях повышенной устойчивости к антикоагулянтам в дозе 0,3; 2) при нормальной устойчивости — 0,15—0,3; 3) при пониженной устойчивости его не назначают.

В дальнейшем применяют дикумарин в дозах: 1) 0,1—0,15 в день (высокая устойчивость); 2) 0,06—0,075 (нормальная устойчивость); 3) 0,03—0,05 с промежутками в 2—3 дня при снижении протромбинового индекса ниже 30% (пониженная устойчивость).

Лечение проводится под систематическим контролем состояния коагуляционной способности крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперин П. М., Логинова Ф. И., Малова М. В. Клин. мед. 1956, 34, 1. — 2. Багдасаров А. А., Альперин П. М., Демидова Н. В., Шарова Ю. А. Тезисы докл. I Всероссийского съезда терапевтов, 1958. — 3. Ванаг Г. Я., Гиллер С. А., Гейта Л. С., Лексмит З. Д., Коваленко В. Н., Котовщикова М. А. Фарм. и токсик., 1956, 6, 23—27. — 4. Вознесенский Н. Л., 5 съезд оториноларингологов СССР (тезисы докладов), Медгиз, Л., 1958. — 5. Краснов М. Л., Кричевская Е. И., Шахнович С. И., Шульпина Н. Б., Гельфман А. Я. Вест. офтал. 1956, 1. — 6. Красноперов Ф. Т. Тезисы докладов научн. конф. Казанского мед. инст. и Казанского инст. усов. врачей им. В. И. Ленина, Казань, 1958. — 7. Кудряшов Б. А. Клин. мед., 1958, 10. — 8. Кузин А. М. В кн.: «Тромбозы и эмболии», М., 1951. — 9. Кушелевский Б. П. Очерки по антикоагулянтной терапии, Медгиз, М., 1958. — 10. Лукомский П. Е., Тареев Е. М. Сов. мед., 1957, 1. — 11. Максудов Г. А. Сов. мед., 1957, 5. — 12. Николаева М. М. В кн.: «Тромбозы и эмболии», М., 1951. — 13. Оглоблина З. В. Острая артериальная непроходимость, Медгиз, Л., 1955. — 14. Орлова Н. П. Клин. мед., 1954, 1. — 15. Рахлин Л. М. Некоторые вопросы патогенеза и терапии грудной жабы, Казань, 1956. — 16. Рахлин Л. М. и Воробьева Е. С. Тезисы докл. научн. конф. Казанского мед. инст. и Казанского инст. усов. врачей им. В. И. Ленина, Казань, 1958. — 17. Шестаков С. В. Клин. мед., 1956, 1. — 18. Шестаков С. В., Печенина Н. В. Тезисы докл. I Всероссийского съезда терапевтов, 1958. — 19. Шмидт А. Die Lehre von den fermentativen Gerinnungserscheinungen, Dorpat, Matissen, 1876. — 20. Ярошевский А. Я., Григорьева В. А., Жаворонкова Е. К. Тезисы докл. I Всероссийского съезда терапевтов, 1958. — 21. Александр Г. Л. Осложнения при лекарственной терапии, Медгиз, М., 1958. — 22. Biggs R., Douglas A. S., Macfarlane R. G. J. Physiol., 119, 1, 89—101, 1953; 122, 3, 538—553, 1953. — 23. Domani E. Wien. Klin. Wschr., 1953, 4, 91—94. — 24. Lee C. C., Trevo, Spinks J. W., Jaques L. B.

Поступила 8 января 1959 г.

НОВАЯ АППАРАТУРА И ИНСТРУМЕНТЫ

ШПРИЦ-АВТОМАТ НЕПРЕРЫВНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ОТСАСЫВАНИЯ ЖИДКОСТЕЙ¹

В. М. Поляков

Из медсанчасти нефтепромышленного управления «Альметьевнефть» Татарской АССР (главврач — Р. З. Бадретдинов, зав. хирургическим отделением — В. М. Поляков)

Широкое применение местной анестезии диктует необходимость иметь для техники выполнения этого вида обезболивания простой и надежный шприц-автомат. В настоящее время шприцы непрерывного действия и аппараты проф. П. В. Маненкова, кандидатов медицинских наук Б. Ф. Сметанина, Т. Ф. Рыжкова, врачей К. С. Фаттахова, С. Н. Поликарпова удовлетворяют поставленным требованиям, но имеют ряд недостатков.

Мы предлагаем шприц, лишенный этих недостатков.

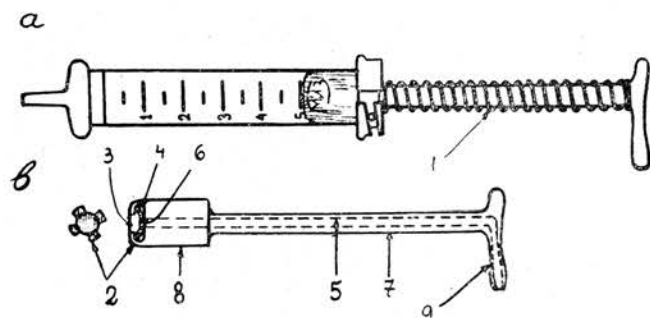


Рис. 1.

К 5 мл-шприцу типа «Рекорд» (рис. 1) добавляются дополнительные детали: спиральная возвратная пружина (1) и резиновый (пластмассовый) клапан звездчатой формы (2), вмонтированный в поршень шприца (8). Сносившийся клапан можно сменить. В дне поршня имеется углубленный в стенку циркулярный паз (4) большего диаметра, чем диаметр наружного отверстия поршня (3). Основной канал (5), идущий через шток (7) и поршень (8), имеет наименьший диаметр.

Диаметр клапана больше диаметра гнезда для него. Клапан вставляется в паз надавливанием на клапан по центру анатомическим глазным пинцетом. Ввиду большего диаметра клапана, он, будучи вставленным на свое место (6), благодаря наличию выпуклости прикрывает отверстие канала поршня. Звездчатые концы клапана должны упираться в наружную кромку паза. Такое расположение клапана исключает потребность в металлической пружине для прижатия клапана.

Раствор поступает через канюлю (9), расположенную на конце штока (7), через резиновую трубку, которая не мешает работе шприца. Банка с раствором новокaina должна помещаться выше рабочего уровня шприца.

Принцип сифона облегчает работу шприца. Для зарядки шприца несколькими движениями поршня нужно заполнить его жидкостью. Это достигается прикрыванием отверстия канюли стерильным шариком. В неасептических условиях для введения, например, физиологического раствора в подкожную клетчатку, достаточно заряжать шприц с насаженной на канюлю иглой, по принципу сифона. Шприц работает непрерывно и автоматически, когда игла находится в тканях.

¹ Доложено в обществе врачей г. Альметьевска (Тат. АССР) в июне 1958 г. и на Всесоюзной конференции хирургов, травматологов и анестезиологов в г. Казани в сентябре 1958 г.

Во избежание засасывания воздуха, необходимо придерживаться следующего правила: не вынимать иглу из тканей до тех пор, пока поршень не отойдет под действием пружины в верхнее крайнее положение. Заполненный шприц должен быстро переноситься и вкалываться в другие участки тканей.

Когда шприц, наполненный жидкостью, лежит у операционного поля в нерабочем состоянии, операционная сестра зажимом Мора пережимает резиновую трубку. Это предотвращает вытекание жидкости из иглы.

Описанный шприц с успехом заменяет аппарат Боброва и позволяет в несколько раз быстрее вводить жидкость под кожу.

Шприц можно использовать и для отсасывания жидкостей, для чего свободный конец резиновой трубки надевается на канюлю с иглой и подводится к жидкости. Во время отсасывания канюлю шприца необходимо при отведении поршня прикрывать пальцем, чтобы создать в шприце вакуум.

Шприц испытан в хирургическом отделении медсанчасти НПУ г. Альметьевска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маненков П. В., Андресен Н. В. Наша техника местной инфильтрационной анестезии при акушерско-гинекологических операциях. Пособие для врачей. Казань, 1956. — 2. Поликарпов С. Н. Хирургия, 1954, 8. — 3. Рыжков Т. Ф. Хирургия, 1954, 9. — 4. Сметанин Б. Ф. Инструментальное оснащение при проведении местного обезболивания по методу тугого ползучего инфильтрата А. В. Вишневого. Канд. дисс., Казань, 1950. — 5. Цимхес И. Л., Палкин-Милославский. Каз. мед. журн., 1933, 11—12.

Поступила 29 декабря 1958 г.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

ПРОФЕССОР МИХАИЛ ВАСИЛЬЕВИЧ СЕРГИЕВСКИЙ

(К 60-летию со дня рождения)

Казанской школе физиологов не без оснований принадлежит одно из наиболее почетных мест среди физиологических школ Советского Союза. Основанная Ф. В. Овсянниковым, Н. О. Ковалевским и Н. А. Миславским, она воспитала ряд крупных ученых, создавших свои оригинальные направления в физиологии. Особенно яркой была деятельность Н. А. Миславского — разностороннего и талантливого ученого. Под его руководством казанская школа физиологов достигла выдающихся успехов.

Среди известных учеников Н. А. Миславского стоит имя профессора М. В. Сергиевского, который развивает в своих исследованиях идеи Миславского о регуляции дыхания.

Михаил Васильевич Сергиевский родился 27 октября 1898 г. в селе Жаренки, Симбирской губернии. В 1917 г. он поступил в Казанский университет на юридический факультет, однако гражданская война прервала учебу, и только в 1920 г., возвратившись из Красной Армии, Михаил Васильевич вновь поступает в университет, на медицинский факультет, который оканчивает в 1926 г.

В 1922—23 гг., будучи еще студентом второго курса, он начал работать в лаборатории Н. А. Миславского.

По окончании университета М. В. Сергиевский был оставлен при кафедре нормальной физиологии ассистентом.

Пребывание в лаборатории Н. А. Миславского способствовало развитию у М. В. Сергиевского стремления к точному эксперименту, самостоятельности в выводах, формированию смелости и независимости при разработке проблем. Им унаследована также установка учителя на тесную связь научно-исследовательской работы с клиникой.

Одним из центральных вопросов, которыми занимался Михаил Васильевич в Казанском университете, была физиология предстательной железы, ее внешняя и внутренняя секреция. Этому вопросу были посвящены серия сообщений и докторская диссертация.

М. В. Сергиевским проведен ряд работ, посвященных физиологии пищеварительного тракта.

Многочисленные наблюдения, начатые в физиологической лаборатории Казанского медицинского института и продолженные позднее в Куйбышеве, были посвящены изучению действия продуктов распада тканей на организм.

Необходимо отметить, что ценный экспериментальный материал был получен М. В. Сергиевским и его сотрудниками по многим вопросам нервной регуляции кровообращения. Среди таких вопросов важное место занимает выяснение механизма образования сосудистых волн третьего порядка.

Эти волны можно рассматривать как результат выявления ритмической деятельности стенок сосудов. Центральная нервная система эту деятельность подавляет. Тормозящее действие центральной нервной системы передается на сосуды блуждающими нервами, а возможно и другими нервами. Не отрицается возможность образования сосудистых волн и в результате первичных изменений в центральной нервной системе.

Особое внимание привлекают к себе исследования, посвященные «местным» сосудистым рецепторным зонам. Такое название предложено М. В. Сергиевским для обозначения сосудистых рецепторов, раздражение которых вызывает изменения в деятельности только тех органов, которые связаны с раздражаемым сосудом периферическими нервными узлами и нервными сплетениями. Общих реакций со стороны сердечно-сосудистой системы при этом не бывает. Так, повышение или понижение давления в сосудах верхней брыжеечной или в левой нижней венечной артериях желудка, имеющих рецепторы для селезенки, автоматически, через местную передачу солнечным сплетением, вызывают выравнивание кровяного давления в системе кровообращения брюшной полости. В нижней брыжеечной артерии находится зона для мочевого пузыря. Проф. М. В. Сергиевский полагает, что местные сосудистые рецепторные зоны имеются также и для почек, печени и других внутренних органов. Местные рецепторные зоны могут быть обнаружены в тканях самих органов. «Благодаря таким местным рецепторным зонам осуществляются местная взаиморегуляция в деятельности органов и местная перестройка кровообращения».

В 1935 г. М. В. Сергиевский был избран на кафедру нормальной физиологии Куйбышевского медицинского института, где работает и в настоящее время.

В годы Великой Отечественной войны в лаборатории М. В. Сергиевского проведены исследования, посвященные выяснению механизма возникновения и развития травматического шока.

Но основным направлением научной деятельности проф. М. В. Сергиевского и руководимого им коллектива научных сотрудников стало изучение физиологии дыхания. Эти исследования, всесторонне охватывая проблему регуляции дыхания, дали очень богатый фактический материал, позволивший перестроить заново теоретические представления о регуляции дыхания, об образовании различных типов патологического дыхания.

В лаборатории, руководимой М. В. Сергиевским, разработан метод перфузии растворов через желудочки мозга, пользуясь которым, кафедра получила значительный экспериментальный материал о действии на

дыхание и кровяное давление изменений температуры, солей кальция и калия, адреналина, давления перфузируемой жидкости и т. д.

В 1940 г. начаты новые исследования, посвященные выяснению точки приложения действия CO_2 в регуляции дыхания. Вначале в острых, а позже и в хронических опытах, установлено, что наиболее чувствительным отделом центральной нервной системы в организме является не дыхательный центр, а более молодое образование — кора головного мозга.

Обобщая результаты многочисленных наблюдений, М. В. Сергиевский пишет работу «Регуляция дыхания», отмеченную премией имени И. П. Павлова за 1948 г. В 1950 г. опубликована монография «Дыхательный центр млекопитающих животных и регуляция его деятельности», удостоенная Сталинской премии. Эта работа является фундаментальным исследованием и представляет собой ценный вклад в советскую физиологическую науку.

Постепенно проблема регуляции дыхания корой больших полушарий головного мозга становится одним из основных вопросов лаборатории.

На протяжении ряда последних лет вокруг Михаила Васильевича сплотился большой коллектив научных сотрудников, к которому примкнули практические врачи и сотрудники многих клиник и кафедр медицинского и педагогического институтов. В 1957 г. выпущен сборник трудов кафедры и совместно работающих клиник и сотрудников Куйбышевского педагогического института. В настоящее время выходит из печати новый сборник, посвященный 60-летию со дня рождения М. В. Сергиевского.

Михаил Васильевич вырастил большой отряд специалистов-физиологов (под его руководством выполнено и защищено 27 кандидатских и 4 докторских диссертации), им самим выполнено свыше 100 работ и написано около 300 статей.

На протяжении ряда лет М. В. Сергиевский возглавлял кафедру анатомии и физиологии Куйбышевского педагогического института им. В. В. Куйбышева. Им впервые в практике работы педагогических институтов в состав кафедры физиологии были привлечены и организационно оформлены специалисты-психологи, работу которых он и возглавил. Этим было обеспечено преподавание психологии в Куйбышевском пединституте действительно с научных павловских позиций.

М. В. Сергиевский возглавлял также организованную Куйбышевским аптекоуправлением лабораторию по изготовлению натурального желудочного сока и этим самым оказал большую помощь органам здравоохранения, особенно в период Великой Отечественной войны.

М. В. Сергиевский является депутатом Областного Совета депутатов трудящихся. Он был одним из инициаторов и организаторов Поволжского съезда физиологов (1946 г.) и Поволжской конференции физиологов, биохимиков и фармакологов с участием морфологов и клиницистов (1957 г.). На протяжении 22 лет он является бессменным председателем Куйбышевского отделения Всесоюзного общества физиологов, биохимиков и фармакологов.

Правительство наградило Михаила Васильевича Орденом Трудового Красного Знамени и медалями.

Пожелаем дорогому юбиляру доброго здоровья и дальнейших успехов в его творческой деятельности.

По поручению товарищей —

Ю. С. Урюпов
Ю. Н. Иванов
Е. Н. Гусева
П. М. Казаков

Поступила 15 октября 1958 г.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ОРТОПЕДОВ В ПРАГЕ

На состоявшийся в октябре 1958 года в Праге международный конгресс прибыли советские специалисты, а также ортопеды Польши, Румынии, Болгарии, Венгрии, Франции, Германии, Югославии и Австрии.

Врожденные вывихи бедра явились единственной проблемой, которая была поставлена на обсуждение конгресса.

Программа конгресса содержала разделы, касающиеся этиологии, диагностики, профилактики, консервативного и оперативного лечения врожденных вывихов бедра.

Доклады по этиологии, диагностике и профилактике были представлены исключительно чехословацкими ортопедами. Главными докладчиками по этим вопросам были профессоры Ярош, Гневковский, Фрейка, Павлик и Червениянский. Сводки были сделаны многочисленными доцентами, ассистентами и практическими врачами.

В качестве докладчиков по консервативному и оперативному лечению врожденных вывихов выступили Бертран (Париж), Груца (Варшава), Леффлер (Лейпциг), Эрлахер (Вена), Радулеску (Бухарест), Боичев (София), Глаубер (Будапешт) и другие.

По этому разделу было сделано 4 доклада и советскими ортопедами (Никифорова, Гончарова, Богданов и Новаченко).

Интересные данные были доложены по поводу частоты врожденных вывихов, о влиянии на их частоту времени года и других причин.

Известно, что врожденные вывихи обнаруживаются тотчас после рождения сравнительно редко. Так, многочисленные статистики указывают, что на 1000 родившихся у 1—2 можно обнаружить указанную деформацию.

Было обращено внимание не только на сформировавшийся врожденный вывих, но и на подвывихи, которые в дальнейшем могут перевести бедро в положение вывиха. Многие докладчики представили статистические данные о дисплазиях в области тазобедренного сустава, которые встречаются в 10—16% случаев. Эти анатомические отклонения могут в многих случаях привести к полному вывиху бедра, в то время как своевременное консервативное лечение обеспечивает хороший исход.

Основными причинами как врожденного вывиха, так и сублюксации и дисплазии тазобедренного сустава, несомненно, являются нарушения эмбрионального развития скелета.

Однако, наряду с этим, возможны и экзогенные причины, связанные с состоянием матери, а также с внешними влияниями на развитие плода.

Несколько докладчиков показали, что наибольшее количество вывихов бедра наблюдается у родившихся в ноябре, декабре и январе. Такое положение они склонны объяснить тем, что эти дети зарождаются в феврале, марте и апреле, то есть в те месяцы, когда снижается содержание витаминов в пище; особенное значение авторы придают снижению в пище беременных витамина комплекса «В».

Принимая во внимание то, что известный процент сублюксаций и дисплазий тазобедренного сустава в дальнейшем может привести к полному вывиху бедра, специально обсуждался вопрос о профилактике этого осложнения.

Накопившийся у чехословацких ортопедов солидный опыт дал им возможность рекомендовать определенную систему лечения. Так, ими установлена необходимость поголовного осмотра новорожденных в родильных домах, диспансеризации всех новорожденных, по крайней мере до трехмесячного возраста. Авторы считают, что рентгенодиагностика, которая окончательно решает вопрос о патологии в суставе, допустима без вреда для ребенка лишь с трехмесячного возраста. В этом периоде устанавливаются те или иные отклонения от нормы и приступают к консервативному лечению, которое дает успех более чем в 80%.

По материалам ряда авторов (Поллика, Вавра и др.) отличные результаты (почти в 80%) наблюдались тогда, когда начинали лечение с 3-го месяца от рождения; успех снижался до 66%, когда лечение начиналось в возрасте 6 месяцев; далее, 42% успеха было при лечении, начатом в возрасте 9 месяцев и т. д. Гораздо менее удачным или совсем неудачным оказывалось консервативное лечение, если оно проводилось у детей после 13 месяцев от роду. Приведенные данные весьма убедительно свидетельствуют о необходимости раннего выявления и лечения детей с нарушениями нормального развития тазобедренного сустава.

Серьезной критике подверглась давно применяемая методика вправления вывиха по Лоренцу. Как выяснилось, при этом методе весьма значительны неудачи и осложнения асептическим некрозом головки бедра.

Конгресс пришел к убеждению, что наиболее эффективны мягкие подушечки, которые обеспечивают возможность удержания ножек ребенка в отведенном положении. При этом вправление вывиха и установка головки бедра в правильное положение по отношению к вертлужной впадине происходит без каких-либо внешних насильств, в течение нескольких месяцев.

Фрейка (Брно) пошел в этом направлении еще дальше. Он предложил свою «перинку», которой снабжается каждый новорожденный в родильном доме. Эта «перинка» фиксирует ножки в разведенном положении. Через 3 месяца мать приносит своего ребенка к ортопеду, который выясняет состояние тазобедренного сустава. Если здесь не обнаружено никаких отклонений от нормы, удаляется «перинка» и ребенок освобождается от дальнейших осмотров и лечения. Те же дети, у которых обнаружены изменения, получают лечение и обеспечиваются систематическим ортопедическим наблюдением.

В свете изложенного заслуживает внимания доклад проф. Павлика (Оломуц), который лечение у грудных детей проводит функциональным методом при помощи предложенного им кожного «стремени». Этот весьма несложный аппарат позволяет держать ножки в разведенном положении, не ограничивая движений ни в одном из суставов. При помощи этого метода автор имел успех более чем в 80% случаев врожденного вывиха.

Следующим вопросом повестки дня конгресса явилось оперативное лечение врожденного вывиха бедра. В обсуждении этой тематики приняли участие представители не только Чехословакии, но и многих других стран, в том числе и СССР.

Прежде всего была отмечена необходимость раннего решения вопроса об оперативном вправлении врожденного вывиха. Большинство докладчиков представили убедительные данные о том, что с наилучшими результатами операция производится в возрасте 2—3 лет. Таким образом, если к концу второго года жизни ребенка не удастся получить успех от консервативного лечения, то следует приступить к операции. Само собой разумеется, что если ребенка с врожденным вывихом доставляют в более старшем возрасте и даже в 10—12 лет, ортопед не должен отказываться от операции, хотя операции в этом возрасте не всегда обещают успешный исход.

В течение последних лет всюду широко стали применять методику, предложенную Лёффлером и Заградничником. Поэтому в большинстве представленных докладов сообщалось о результатах этой операции. Благодаря тому, что при этом производится укорачивающая остеотомия, создается возможность без нанесения большой травмы мышцам легко вправить бедро. Ценная особенность этой операции еще и в том, что одновременно с вправлением вывиха без дополнительных вмешательств удается устранить крайне невыгодное антеверзионное положение оси шейки бедра.

Совершенно справедливо докладчики привлекли внимание аудитории к важности правильного послеоперационного ведения больных. После операции необходимо рано (с 4-й недели) приступить к разработке функции в оперированном суставе; лишь после трех месяцев можно разрешить переход на костыли, и с 5—6 месяца начинать постепенную нагрузку на оперированную конечность. При таком ведении больного можно рассчитывать на хорошие функциональные результаты.

В перерывах между заседаниями, а особенно после окончания конгресса, мы имели возможность познакомиться с многочисленными ортопедическими учреждениями Чехословакии.

Все осмотренные учреждения оставили впечатление отличной организации и высокой медицинской культуры.

Мы побывали в клиниках Праги, Брно и Братиславы. Всюду работают известные специалисты, имеющие хорошо подготовленную квалифицированную молодую смену ортопедов. Эти учреждения хорошо оснащены, главным образом аппаратурой и инструментарием отечественного производства — известного завода «Хирана».

Большое внимание уделяется здесь содержанию и удобству больных, отлично оборудованы подсобные кабинеты, особенно по лечебной гимнастике; весьма удобно, а порой и комфортабельно, организованы операционные блоки.

Наркоз, преимущественно, — ингаляционный; широко применяется интратрахеальный метод.

В Праге была осмотрена клиника пластической хирургии, возглавляемая ученым с мировым именем — академиком Ф. Бурианом, и ожоговое отделение на 80 коек, где лечение больных проводится открытым методом. Эти учреждения имеют хорошо оборудованные клинические, электрофизиологическую и биохимическую лаборатории.

С большим интересом мы посмотрели в Братиславе санаторий для детей, перенесших полиомиелит, и учреждение, в котором получают лечение и образование более 200 детей, ставших инвалидами после полиомиелита, костного туберкулеза, вследствие врожденных уродств и т. д.

Дети, перенесшие полиомиелит, получают в основном консервативное лечение, в котором очень большое место уделяется апробированной методике медицинской сестры Кенни (устранение боли, стимуляция пораженных мышц специальными тепловыми процедурами, выработка координации, массаж, гимнастика, ванны и т. д.).

Второе учреждение имеет интернат, мастерские для профессионального обучения, школьные классы, необходимые подсобные учреждения, а также и ортопедическое отделение с операционной, водным бассейном и гимнастическим залом.

Таким образом, здесь дети получают необходимое лечение, образование и специальность.

Неизгладимое впечатление осталось у нас от встречи с представителями чехословацкого народа. Приветливость, дружелюбие, солидарность с народами Советского Союза проявлялись ими на каждом шагу.

Мы уехали с чувством братской признательности к народам Чехословакии и ее замечательным людям за теплую встречу.

Проф. Л. И. Шулуто

(Казань)

Поступила 8 декабря 1958 г.

ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

С 22 по 28 июня 1958 г. в г. Монреале (Канада) состоялся 2-й международный конгресс акушеров-гинекологов, на котором приняли участие делегаты 46 стран. Из Советского Союза на конгрессе было 19 делегатов.

Было заслушано более 200 докладов, из них 8 — на пленарных заседаниях, а остальные — на секционных. Ежедневно демонстрировались кинофильмы, иллюстрирующие доклады.

Конгресс уделил основное внимание диагностике и лечению злокачественных новообразований гениталий, психопрофилактической подготовке к родам, генитальному туберкулезу, борьбе с мертворождаемостью, аномалиям сократительной деятельности матки и другим вопросам.

Злокачественным новообразованиям было посвящено более 30 докладов. Большинство докладчиков по этому вопросу исходило из того, что поскольку возможности как хирургического, так и лучевого лечения рака матки, и в частности рака шейки матки, почти достигли предела, — дальнейшего улучшения результатов можно ожидать лишь от ранней диагностики и своевременного начала лечения, когда опухоль находится еще в преинвазивном состоянии. Проф. С. Оберлинг (Oberling, Париж), придавая большую роль в ранней диагностике рака шейки матки цитологическому методу, обратил внимание на то, что с помощью электронной микроскопии была открыта целая серия новых данных, касающихся ядра раковой клетки, наличия некоторых особых хромозом в опухолях у грызунов и т. д. Однако, нельзя ограничиваться только цитологической картиной для диагноза рака *in situ*, а необходимо гистологическое исследование серий биопсийного материала.

Эйр (Ayre, США), Кардиа, Марио (Cardua, Mario, Португалия) и др. считают недостаточной обычную биопсию в виде одного клина при подозрениях на рак *in situ*, в этих случаях они рекомендуют циркулярную биопсию с многочисленными секциями. В большинстве случаев рак поражает эндоцервикальный отдел, возникая в области перехода плоского эпителия в железистый, и поэтому следует делать биопсию участков, именно расположенных в этом месте, с последующим выскабливанием канала шейки матки.

Дуглас (США), исходя из того, что в преинвазивном состоянии рак может оставаться локализованным до 8—12 лет, рекомендует не всегда торопиться с лечением. Многие высказывались в пользу радикального метода лечения рака.

Проф. Митра (Mitra, Индия) на основании своего многолетнего опыта для лечения рака шейки матки предложил экстраперитонеальную лимфаденэктомию малого таза, экстраперитонеальную резекцию параметрия в сочетании с радикальной влагалищной гистерэктомией.

В докладах, посвященных раку эндометрия, подчеркивалось, что при раке тела матки нередко наблюдаются такие же метастазы в лимфатические узлы малого таза, как и при раке шейки матки. Поэтому во всех случаях рака тела матки нужно произвести радикальную расширенную гистерэктомию (Лоу — Loun, Южная Африка), Брок (Brok), Тейфер (Teifer, США) и др.

Авторы Эйр, Лоу (Ayre, Loun) и др., выступавшие по лечению рака тела матки, высказались о невозможности излечения рака тела матки только при помощи одной радиевой терапии методом «заполнения», так как при последующих операциях в препаратах удаленных маток находили раковые клетки в 75—79%. По данным Тейлера и Бокера (Teiler a. Bocger), после интракавитальной кюри-терапии в 46% в препарате были обнаружены раковые клетки.

Проф. М. С. Александров (СССР) представил большой материал о хирургическом лечении рака шейки матки с хорошими отдаленными результатами.

Было несколько докладов, посвященных профилактике послеоперационных осложнений при раке шейки матки (Родригес Лорес — Rodriges Lores из Уругвая, Бомпар и Мишель-Бени — Bompart et Michel Begnet из Парижа и др.).

На конгрессе выяснилось, что психопрофилактическая подготовка к родам, кроме Советского Союза, широкое распространение получила во многих странах Азии, Европы и Америки.

Доклад проф. Петрова — Маслакова (СССР) о психопрофилактической подготовке к родам в СССР вызвал большой интерес делегатов конгресса и получил высокую оценку.

В США широкое применение в акушерстве нашли гипноз и другие виды анестезии, вплоть до спинномозговой. Большинство высказалось за то, что нужно более широко пользоваться местной анестезией в акушерстве.

Из докладов, посвященных борьбе с мертворождаемостью, выяснилось, что из причин ее основное место занимают поздние токсикозы беременности, аномалии родовой деятельности, тазовые предлежания, несвоевременное отхождение вод, сердечно-сосудистые заболевания матери. Следовательно, нужно все внимание акушеров направить на улучшение работы женской консультации и родовспомогательных учреждений. Например, в США, Канаде и Англии роды принимаются только врачами.

Большое внимание всех участников конгресса привлекли доклады проф. Белошапко (СССР) — «Регуляция родовой деятельности» и проф. М. Д. Барсио (Barsio, Уругвай) — «Сократительная деятельность матки». Последний автор изучал сократительную деятельность матки женщины на всем протяжении беременности. Им установлено, что до 30-недельной беременности нет регулярной маточной активности, а после 30 недель она медленно увеличивается; такой период увеличенной маточной активности продолжается несколько недель (предродовой период). В течение этого периода шейка матки прогрессивно созревает. К 40 неделям беременности активность матки достигает максимума. Ясного разграничения между предродовым и родовым периодами установить не удается. По наблюдениям автора, расстройства сократительной деятельности матки зависят в основном от количества адреналина и норадреналина в крови. При затянувшихся родах в крови женщины находили ненормально высокий уровень адреналина. Установлено также, что секреция адреналина в крови женщины повышается от боли, страха, эмоций, которые обычно сопровождают роды. Это повышает роль психопрофилактической подготовки к родам.

Большой интерес вызвали доклады чехословацких ученых, посвященные поздним токсикозам беременности. Так, например, А. Комачек и И. Лезни (Komazec et Lesni) сообщили, что методом электроэнцефалографии: 1) можно обнаружить у беременных женщин возможность развития токсикоза беременности (что является практически важным для предупреждения этой болезни); 2) с самого начала токсикоза можно предугадать дальнейшее его развитие и переход в более тяжелую или легкую форму; 3) можно предупредить связанные с этим осложнения.

В. С. Тен Берге (Ten Berge, США) установил, что при токсикозах беременности по мере ухудшения состояния организма выделение эстриола мочой становится меньше. Установлено также, что вслед за смертью утробного плода выделение эстриола мочой резко снижается.

Из внепрограммных докладов заслуживают внимания следующие: Проф. Ван-Тонгерен (Van Tongeren, Голландия) произвел пересадку яичников в брюшные мышцы в 13 случаях с хорошими результатами. Приживление имплантата проходило без осложнений, и никогда не было необходимости удаления имплантата.

Д. Гофман и Гессен (Hofman u. Gessen, Западная Германия) на основании клинических наблюдений констатируют, что лица, у которых удалены яичники, реагируют иногда на радиотерапию менее сильно, чем те, у которых сохранены яичники; такова же и местная чувствительность (кожи) к рентгеновским лучам.

Шут (Shute E. V., Англия) с большим успехом применял массивные дозы альфа-токоферола при хронических и постфлебитных синдромах. Такое лечение позволяло облегчить боль, уменьшить инфильтрацию и отеки, восстановить функционирование и предупредить рецидивы.

С. Давидсон и Малинс (Davidson S. et Malins I., Англия) в большом докладе «Беременность у диабетиков» указывают, что сообщенные в мировой литературе до 1949 г. цифры — 30—40% общей потери детей (внутриутробная смерть плода, смерть во время родов и вскоре после рождения) относятся к случаям, когда к беременным женщинам, больным диабетом, не были приняты специальные меры. С 1950 г. после установления систематического наблюдения и лечения акушером и терапевтом мертворождаемость и ранняя детская смертность снизились до 16—20%.

Проф. Шушания (СССР) выступил с докладом на тему: «Возможность зачатия и сохранения беременности при расстройствах менструального цикла», проф. Ф. А. Сыроватко — «Применение изотопов в акушерстве и гинекологии».

После конгресса группа советских делегатов ознакомились со многими госпиталями Монреаля и Торонто.

Госпитали рассчитаны на 800—1200 коек. Большинство в них лечится за плату, только самый небольшой процент за счет страховых касс. Платных больных помещают в лучшие палаты. Стоимость содержания больных в госпитале высокая (10 долларов в сутки). Высока и стоимость гинекологических операций (от 300 до 500 долларов). При чревосечениях применяют, как правило, интертрахеальный наркоз.

Роды в Канаде принимают врачи. Плата за роды в стационаре весьма высока (300 долларов). Уход обеспечивается средним медперсоналом. За обезболивание при родах взимается анестезиологом особая плата. После нормальных родов родильницам разрешают вставать через 12 часов, первое кормление новорожденного тоже через 12 часов. Новорожденных не пеленают. Для введения в случае необходимости крови, глюкозы или иной жидкости оставляют длинную пуповину. Большинство родильниц (свыше 50%) своих детей не кормит. При выписке влагалищного исследования не делается и шейка матки не осматривается. К роженицам и родильницам свободный доступ родственников. Стирка белья и стерилизация инструментов механизированы и автоматизированы.

Следует подчеркнуть радушное и внимательное отношение к советской делегации со стороны президента конгресса проф. Леон-Джерен-Ложау, мэра города Монреаля и всех делегатов конгресса.

Мы везде встречали приветливое отношение делегатов конгресса и ученых Канады. В беседе с нами они выражали желание посетить Советский Союз, чтобы поближе познакомиться с жизнью нашего народа и с постановкой дела здравоохранения и высшего медицинского образования.

Хорошая организация работы конгресса, радушное отношение его руководителей к советской делегации оставили у нас очень приятное впечатление. Следующий международный конгресс акушеров-гинекологов назначен в 1962 году в Вене.

Проф. И. В. Данилов.

Поступила 29 сентября 1958 г.

VII ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД РЕНТГЕНОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ

(20—25 октября 1958 г., Саратов)

По разделу профессиональной патологии широко были освещены вопросы возможности и перспективы рентгенологического исследования в клинике и профилактике профессиональных заболеваний (А. В. Гринберг, Ленинград).

О рентгенологических данных в изучении профессиональных изменений костно-суставного аппарата было указано, что правильное построение объема, характера и распределения нагрузки при трудовых процессах способствует проявлению реактивных и компенсаторных изменений в костно-суставной системе, обеспечивающих гармоническое соответствие структуры и функции (А. А. Лемберг, Харьков).

При нерациональном построении трудовых процессов, при несвоевременном и недостаточном использовании механизации в ряде случаев возникают своеобразные явления декомпенсации, проявляющиеся в развитии разнообразных регрессивных, резорбтивных и деформирующих изменений костно-суставного аппарата, нарушающих в разной степени функцию.

Программным был доклад о роли и задачах рентгенологии в распознавании заболеваний раннего детского возраста (Н. А. Панов — Москва).

Наряду с имеющимися достижениями отмечено, что рентгенологическое обследование новорожденных все еще является отстающим участком. В докладе были поставлены вопросы о необходимости дальнейшего технического усовершенствования рентгеновских аппаратов и приборов применительно к детям, дальнейшей разработки рентгенологических методик, применимых у детей самого раннего возраста, о расширении рентгеновских профилактических обследований и проч.

Современные вопросы клинко-рентгенологической диагностики рака желудка нашли отражение в докладе Ю. Н. Соколова и В. И. Петрова (Москва).

Основным методом рентгенодиагностики рака желудка было и остается просвечивание, сопровождаемое на всех этапах прицельными снимками в различных проекциях и при различной компрессии, динамическое наблюдение за рельефом слизистой, применение методики двойного контрастирования при исследовании верхних отделов желудка и — для уточнения некоторых вопросов — с одновременным применением искусственного пневмоперитонеума.

Актуальным вопросам рентгенодиагностики рака легкого посвящен доклад И. А. Шехтера (Москва).

Наиболее эффективным методом раннего выявления рака легкого служат, как известно, массовые профилактические обследования определенных возрастных групп населения с помощью флюорографии. Однако, использование флюорографии для данных целей до сих пор явно недостаточно. Следует более широко применять функ-

циональные способы исследования, а также полноценнее использовать томографию и бронхографию.

Правильный и своевременный диагноз рака легкого возможен лишь при рациональном использовании всех современных методов исследования, применяемых в определенной последовательности, и при оценке полученных результатов в свете глобального анализа общеклинических данных.

Современному состоянию лучевой терапии было посвящено пленарное заседание. В деле лечения больных злокачественными опухолями наиболее благоприятные результаты достигаются при комплексном их лечении, основанном на использовании различных методов местного и общего воздействия на первичный очаг и метастазы.

Успех лучевого лечения больных злокачественными опухолями зависит от физических, биологических факторов, а также от правильного выбора лечебной дозы и условий ее распределения в облучаемом объеме и во времени (Л. М. Гольдштейн).

Широкое применение радиоактивных изотопов позволило улучшить результаты лечения опухолей. С внедрением их в лечебную практику стало возможным: а) длительное непрерывное облучение с невысокой мощностью излучения, что является более действенным, чем фракционированное облучение; б) использование гомогенного излучения, что эффективнее, чем излучение со смешанным спектром; в) локальное облучение без воздействия на окружающие нормальные ткани (осуществляется интратканевым, интраопуховым и радиохирургическим методами); г) использование способности опухолевой ткани концентрировать радиоактивные вещества, введенные в организм различными путями (А. В. Козлова).

Важной задачей является изучение опухолей радиотропных радиоактивных соединений или соединений, которые могли бы являться проводниками для изотопов, способствуя этим преимущественному накоплению изотопов в опухоли.

Необходимо учитывать в лучевой терапии опухоли величину дозы, длительность облучения и мощность дозы, а также возможность концентрировать необходимую дозу в пределах опухоли, без значительного облучения здоровых тканей.

В докладе А. Н. Кронгауза указывается, что «рентген» как единица физической дозы излучения в воздухе при различном качественном составе излучения не отражает количественно те процессы, которые происходят в облучаемой среде. Возникла необходимость в непосредственной оценке поглощенной энергии в самой облучаемой среде и ее макро- и микро-распределении. Для этой цели введена единица поглощенной дозы — «рад» и «линейная плотность ионизации».

Задача ближайшего будущего — оценивать количество поглощенной энергии и ее распределение в облучаемой среде химическими, люминесцентными и другими методами. Необходимо уделять внимание и вопросам интегральной дозиметрии.

На секционных заседаниях был заслушан ряд докладов по различным сторонам проблемы лучевой терапии опухолей.

А. В. Кантин, К. Н. Чочиа, В. Г. Герасимьяк и др. (Ленинград) показали степень эффективности применения радиоактивного кобальта при лечении всех четырех стадий рака губы, кожи, языка, глотки, гортани, верхней челюсти. Авторы сообщили о трех — пятилетнем излечении таких больных в 69—76% случаев.

А. И. Домбровский (Ростов — на Дону) использован радиоактивный кобальт в виде телегамматерапии при опухолях женской половой сферы у 53 больных с благоприятным эффектом. По его наблюдениям, радиоактивный фосфор является хорошим средством для диагностики некоторых заболеваний: опухолей молочной железы, мозга и др.

М. А. Волкова (Москва) сообщила о трехлетнем опыте телегамматерапии злокачественных опухолей легкого, пищевода, шейки матки. Жесткость, однородность гаммаизлучения, относительная выносливость кожи к этому виду облучения выгодно отличают излучение кобальта. Телегамматерапия более эффективна, чем рентгенотерапия.

В. М. Бенцианова, И. Б. Качоровская, Н. Е. Шапошникова и др. (Москва) показали, что при лечении рака легкого, гортани, рака женских половых органов наиболее эффективным методом лучевой терапии является ротационный метод облучения.

В докладе М. Н. Побединского, М. Г. Щербиной, Л. М. Стуковой, С. В. Струцовой, В. А. Репиной (Ленинград) представлены результаты сочетанной лучевой терапии рака шейки матки радиоактивным кобальтом за 6 лет. Ими получены как ближайшие, так и отдаленные хорошие результаты лечения. Из 280 больных, проходивших лечение, прослежены и живы на сроках более пяти лет 136 человек.

Четвертое пленарное заседание было посвящено вопросам повреждающего действия проникающей радиации и защиты от нее.

Выступая с программным докладом по этой проблеме, проф. С. А. Рейнберг указывает, что количество лиц, подвергшихся рентгенологическим исследованиям, неуклонно растет. Применяются длительные и интенсивные просвечивания, множественные снимки, а также такие сложные исследования, как кимография, томография и т. п. Все это ведет к увеличению доз поглощаемой энергии. Особого внима-

ния заслуживают также частые повторные рентгенологические исследования одного и того же человека.

Учитывая особую опасность специфических для ионизирующей радиации генетических повреждений, вопросы защиты приобретают важное значение.

Недозволительно производить рентгенологическое исследование области таза без применения защиты половых желез от облучения (обкладывание свинцом).

Необходимо, в интересах безопасности исследуемых, сокращать сроки неизбежного облучения, повышать чувствительность экранов и пленок. Следует стремиться к безупречной защите от вторичного рассеянного излучения, повышению удельного веса рентгенографии по отношению к рентгеноскопии, ликвидации повторных исследований из-за брака снимков и т. д.

Необходимо бороться против недооценки возможных опасностей, против переоценки нежелательного действия рентгеновых лучей на исследуемых людей.

Проф. Г. А. Зеденидзе отмечает, что повреждающее действие ионизирующего излучения в виде поражения кожи или общего заболевания (хроническая лучевая болезнь) редко наблюдается среди персонала рентгеновских кабинетов и является результатом нарушения правил безопасности.

Профилактика профессиональной вредности должна осуществляться следующими мероприятиями:

- 1) повышением квалификации персонала;
- 2) строгим соблюдением методики рентгенологического исследования по заранее разработанному плану;
- 3) достаточным оборудованием рентгенодиагностического кабинета, который должен состоять из трех комнат: аппаратной, процедурной и фотолaborатории;
- 4) внедрением электронно-оптического усилителя, позволяющего значительно сократить мощность излучения;
- 5) систематическим дозиметрическим контролем за защитой;
- 6) строгим соблюдением норм приема больных в рентгеновских кабинетах;
- 7) заменой рентгеновских аппаратов устаревшей конструкции новой аппаратурой с надежной защитой.

Проф. М. Н. Побединский подчеркнул, что для снижения степени облучения обследуемых необходимо: повышение квалификации врачей-рентгенологов; знание дозы радиации, получаемой больным; широкое использование узкого диафрагмированного пучка лучей. Необходимо защищать половые железы от прямого действия радиации при рентгеновском исследовании области бедер, таза, живота.

Л. М. Омеляненко, Е. Д. Семиглазова, О. С. Сергель, М. А. Меркова, Т. С. Селецкая и Н. Т. Ваганова (Москва) поделились наблюдениями за состоянием здоровья большой группы рентгенологов и радиологов. У половины обследованных были обнаружены признаки воздействия ионизирующей радиации — у рентгенологов через 10—15 лет, у радиологов через 3—5 лет.

Обнаруженные изменения носили функциональный характер и касались нервной, кроветворной, эндокринной систем, а также желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

Типичными были следующие признаки: общая слабость, сонливость, быстрая утомляемость, головная боль, плохой аппетит. Электрокардиография давала синусовую аритмию; со стороны крови иногда отмечалась лейкопения.

Проф. Д. Е. Гольдштейн, Б. З. Сухоруков, А. Ф. Адриановский, А. Я. Логинова (Казань) привели материал о профвредности для преподавателей, курсантов и сотрудников при работе в рентгеновских кабинетах. Авторы показали, что у экрана могут располагаться с достаточной защитой 3 курсанта. При проведении занятий с курсантами, когда группа состоит из 5 человек, двое из них занимают боковые места у экрана и облучаются (часть туловища) пучком рентгеновых лучей дозой, несколько превышающей допустимую. Преподаватель, наблюдая за самостоятельной работой курсантов, вынужден иногда занимать боковое место или приподниматься выше курсантов и также облучается дозой, несколько превышающей допустимую.

Доза излучения, получаемая врачом-рентгенологом, рентгенотерапевтом и радиологом за рабочий день, при соблюдении необходимой защиты, не превышает допустимую.

В ряде сообщений было показано, что санитарки рентгеновских кабинетов за рабочий день облучаются дозой, так же несколько превышающей допустимую.

Авторы внесли несколько конструктивных предложений по организации защиты работающих в рентгенокабинетах. В частности, они обратили внимание на необходимость дополнительной защиты в виде небольших боковых и верхнего защитных козырьков к рентгеновским экранам с соответствующим их расположением.

Необходима дополнительная защита в виде фартука из просвинцованной резины, прикрепляемого к штативу-трохоскопу при исследовании пищеварительного тракта в горизонтальном положении больного, что должно быть предусмотрено при конструировании рентгеновских аппаратов.

Санитарки рентгеновских кабинетов должны быть обеспечены удобными защитными фартуками и колпаками.

Съезду в виде тезисов были представлены материалы по снижению и предупреждению общей и местной лучевой реакции организма нейротропными препаратами (новокаином и пентоксилом) при лучевой терапии (проф. М. Х. Файзуллин, Е. И. Чиждова, И. Х. Галимов — Казань).

Были также представлены материалы по гамматерапии рака пищевода (Ш. М. Бейбутов — Баку). Автор получил хорошие ближайшие результаты от лечения у большей части больных при суммарной очаговой дозе 7000—9000 г.

По всем обсужденным вопросам съезд принял развернутое решение. Были избраны новый состав Правления Всесоюзного общества рентгенологов и радиологов и ревизионная комиссия. В состав Правления от ТАССР вошли засл. деятель науки ТАССР проф. Д. Е. Гольдштейн и проф. М. Х. Файзуллин.

А. Ф. Адриановский, Д. Е. Гольдштейн, М. И. Гольдштейн,
Я. Б. Миттельберг, Б. З. Сухоруков, М. Х. Файзуллин.

Поступила 20 января 1959 г.

І ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ

В Москве с 8 по 13 декабря 1958 г. проходил I Всероссийский съезд терапевтов. Повестка дня была максимально приближена к нуждам практической деятельности врачей-терапевтов. Помимо организационных вопросов, подробному разбору подверглись вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек и печени и так называемой «коллагеновой болезни».

В докладе «Диагностические и патогенетические грани между гипертонической болезнью и атеросклерозом» действительный член АМН СССР проф. А. Л. Мясников поделился результатами многолетних исследований Института терапии АМН СССР. Как известно, гипертоническая болезнь и атеросклероз часто сочетаются между собой. Установлена значительная общность между гипертонией и атеросклерозом в семейно-наследственном отношении. Обе болезненные формы трудно разграничить по времени их возникновения, и обе они начинаются в более молодом возрасте, чем обычно думают. Нельзя решить вопрос, предшествует ли гипертония атеросклерозу, или наоборот. Скорее можно сделать вывод, что оба болезненных процесса развиваются параллельно. Для обеих заболеваний характерен общий биохимический фон. Нервное перенапряжение как этиологический фактор фигурирует в равной мере как при гипертонической болезни, так и при атеросклерозе (по крайней мере, атеросклерозе коронарных артерий). Взаимоотношения гипертонической болезни и атеросклероза с патогенетической точки зрения представляются более сложными, нежели это обычно принимается. Оба этих болезненных процесса могут влиять друг на друга и в сторону стимуляции, и в сторону торможения. В связи с этим можно сформулировать два положения. Гипертоническая болезнь и атеросклероз — две различные по своей природе болезни, возникающие у определенного круга людей, находящихся в близких условиях среды, и они взаимно влияют на течение болезненного процесса.

Существует единая болезнь, проявляющаяся в одних случаях гипертонией, в других — атеросклерозом, чаще всего и тем и другим синдромом одновременно или последовательно.

Вопросу выявления тонких биохимических изменений в крови посвятили доклад З. И. Малкин, Н. Д. Морозова, В. М. Зайцев, И. Л. Билич и В. Е. Анисимов — «Электрофоретические исследования белковых фракций сыворотки крови при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и их клиническое значение». У 350 больных ревматизмом, атеросклерозом, коллагенозами систематически исследовались белковые и липопротеиновые фракции крови. Полученные результаты, свидетельствующие о типичной диспротеинемии, выражающейся преимущественно в динамических изменениях альбуминовой, α -2-глобулиновой и γ -глобулиновой фракций белков, позволили авторам констатировать ряд закономерностей этих изменений при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, которые, в комплексе диагностических исследований, могут являться важными дифференциально-диагностическими тестами.

Исключительное внимание уделялось на съезде инструментальным методам исследования — баллистокардиографии, векторэлектрокардиографии, кимографии сердца.

В докладе «Клиническое значение баллистокардиографии при заболеваниях сердца» (свыше 2200 баллистокардиограмм) проф. А. И. Гефтер убедительно продемонстрировал большое значение баллистокардиографии как дополнительного метода исследования функционального состояния миокарда. Докладчик констатировал, что у клинически здоровых людей старше 50-летнего возраста часто отмечаются выраженные изменения БКГ, свидетельствующие о латентно протекающем атеро-

склерозе венечных сосудов сердца. БКГ является ценным дополнительным методом диагностики грудной жабы.

Проф. Л. М. Рахлин и Б. З. Аккерман показали, что у лиц, страдающих коронарной недостаточностью после вдоха под оксигемометрическим контролем бедной кислородом смеси возникают отчетливые и медленно исчезающие изменения в БКГ, в то время как на ЭКГ симптомы коронарной патологии могут при этом и не обнаруживаться.

Сравнительно новому методу исследования — векторэлектрокардиографии было посвящено специальное заседание. В ряде докладов подтверждена диагностическая ценность векторэлектрокардиографии, в частности — пространственных векторных петель *QRS* и *T*.

Функциональная диагностика сердца с помощью различных нагрузочных проб (преимущественно модификаций пробы Мастера) также была широко отображена на съезде.

Специальное пленарное заседание было посвящено лечению сердечно-сосудистых заболеваний.

Проф. Д. Д. Яблоков (Томск) поделился опытом применения некоторых новых сердечных средств у больных с недостаточностью кровообращения, развившейся на почве клапанных пороков сердца, кардиосклероза, хронических легочных заболеваний, тиреотоксикоза, заболеваний почек. По его мнению, новые препараты — эризид, эризимин, сиренид, диланзид, дигипурен, коргликон — являются активными сердечными средствами и должны быть шире внедрены в лечебную практику. Препараты, полученные из желтушника и сирени (эризид, эризимин, сиренид), обладают строфантино-подобным действием, но по сравнению со строфантином они менее токсичны, в малых и средних дозах обладают менее выраженным сосудосуживающим действием, практически не обладают кумулятивными свойствами. Указанные препараты не ухудшают коронарного кровообращения, и поэтому их следует (предпочтительно перед наперстянкой) применять при лечении сердечной недостаточности у больных со стенокардией, инфарктом миокарда, ревматическим коронаритом. Новые препараты дигиталиса — диланзид и дигипурен — оказывают сходное действие с известными ранее препаратами наперстянки. Диланзид вводится в вену от 0,5 до 2 мл и должен строго индивидуализироваться. Дигипурен назначается внутрь по 10—15 капель 2—3 раза в сутки. Коргликон обладает меньшим эффектом, чем строфантин, эризид и сиренид. Олиторизид — глюкозид из семейства липовых — по характеру действия приближается к строфантину и может быть рекомендован при нерезко выраженной степени недостаточности кровообращения.

Проф. Н. С. Молчанов (Ленинград) сообщил об изучении действия некоторых средств при гипертонической болезни. Он отметил, что препараты преимущественно периферического адрено- и симпатолитического действия (болотная сушеница, редергам) оказались недостаточно эффективными. Из препаратов, блокирующих синапсы и нарушающих передачу импульсов через симпатические ганглии, гипотензивный эффект обнаружили тетамон и нанофин. Но этот гипотензивный эффект у больных с I и II стадиями гипертонической болезни был кратковременным и непостоянным. Из препаратов центрального действия — смирновин, раупин, серпазил, резерпин — наиболее эффективны препараты раувольфии и серпазил. Другие гипотензивные препараты — фенатан-фосфат и тио-фенатин — значительно уступают препаратам раувольфии. Новокаин-амид, кроме постоянного и кратковременного гипотензивного эффекта, оказался более полезным при различных расстройствах сердечного ритма, особенно при купировании приступа пароксизмальной тахикардии. При гипотонии наиболее действенны препараты корня женьшеня и дезоксикортико-стерон-ацетат.

Проф. Б. П. Кушелевский (Свердловск) в своем докладе вновь подчеркнул, что для более широкого внедрения антикоагулянтов в практику районных лечебно-профилактических учреждений необходимо дальнейшее упрощение и унификация методики исследования протромбина. Он считает, что антикоагулянты следует применять у всех заболевших инфарктом миокарда и, по возможности, в первые дни развития коронаротромбоза. Это предупреждает образование тромбов в полостях сердца и тромбоэмболические осложнения, снижая частоту последних в 10 раз, а летальность — в 6 раз, по сравнению с не лечеными антикоагулянтами. Докладчик рекомендовал шире применять антикоагулянты у больных гипертонической болезнью, сопровождающейся стенокардией, особенно одновременно с препаратами раувольфии. Он считает, что лечебно-профилактическое применение антикоагулянтов при ревматических митральных пороках сердца вполне обосновано теоретически и вполне оправдано практически, так как предупреждает частые тромбозы и эмболии как полостей сердца, так и сосудов большого, и особенно малого круга.

Проф. А. А. Багдасаров с сотрудниками сообщил, что для характеристики активности свертывающей системы крови и влияния на нее различных антикоагулянтов необходимо не только определять протромбин, но и использовать другие тесты, отражающие изменения отдельных компонентов свертывающей системы, таких, как скорость рекальцификации плазмы, толерантность к гепарину, тромбиновое время,

фибриноген плазмы и др. Докладчики рекомендуют применять дикумарин при инфаркте миокарда длительно, в течение не менее 2 месяцев, чтобы предупредить послеперикардиальные тромбозы и эмболии.

Проф. С. В. Шестаков и Н. В. Печенина (Куйбышев — обл.) поделились результатами успешного применения антикоагулянтов при инфарктах легких, а также после операции комиссуротомии при митральном стенозе для предупреждения эмболий и тромбозов.

Проф. В. С. Нестеров (Воронеж) говорил о комплексном лечении стенокардии. Применяя метил-тестостерон и тестостерон-пропионат вместе с никотиновой кислотой для лечения грудной жабы, он отмечал у значительного числа больных под влиянием этого лечения урежение приступов болей.

Проф. А. Г. Тергулов и В. Ф. Богоявленский, основываясь на результатах успешного лечения атеросклероза липокантическим гормоном поджелудочной железы — «липоканном», остановились на некоторых вопросах патогенеза атеросклероза. В результате применения липоканна авторы констатировали снижение уровня холестерина, нормализацию липопротеиновых фракций крови и основного обмена веществ. Одновременно наблюдалось улучшение общего состояния больных, что выражалось в урежении или исчезновении приступов грудной жабы, динамике рентгенотеле- и кимографических показателей. Авторы подчеркивали, что в патогенезе атеросклероза ведущую роль играют липопротеиновые комплексы α - и β -липопротеины, динамика которых гораздо точнее характеризует волнообразность течения атеросклероза, чем холестерин крови.

Заслуживает внимания доклад проф. Р. М. Ахрем-Ахремовича (Омск) «Клинические наблюдения над применением нового сердечного глюкозида — фругозида при недостаточности кровообращения». Препарат применялся внутривенно по 1 мл 0,05% раствора в глюкозе 1—2 раза в день. Положительные результаты были получены при систематическом применении фругозида в случаях хронической сердечно-сосудистой недостаточности у больных с митральными пороками, с поражением миокарда и т. д. Фругозид оказывает благоприятное воздействие на сердечный ритм, практически не обладает кумуляцией. Применение фругозида противопоказано при брадикардии, при эндокардитах с наклонностью к эмболиям.

Я. Д. Кричин и М. Л. Тараховский (Черновицы) рекомендуют ганглиолитики — тетамол и гексонат — для лечения I и II стадий гипертонической болезни.

Действительный член АМН СССР проф. В. Н. Виноградов и И. И. Сивков в докладе «О показаниях к митральной комиссуротомии» разработали с исключительной тщательностью ряд показаний к оперативному лечению наиболее часто встречающегося из приобретенных пороков сердца — митрального стеноза.

По их материалам, наилучшие результаты митральная комиссуротомия дает лишь у больных с выраженным митральным стенозом или при значительном преобладании стеноза над недостаточностью митрального клапана. Точное определение характера и степени поражения митрального клапана, изучение состояния других клапанов сердца и магистральных сосудов, миокарда и сосудов малого круга кровообращения требуют проведения у этих больных тщательного и всестороннего исследования с использованием всех имеющихся диагностических средств.

При выраженных кардиосклеротических и пневмосклеротических изменениях с явлениями длительного и стойкого нарушения кровообращения митральная комиссуротомия не дает удовлетворительных результатов.

Выраженная недостаточность митрального клапана, а также значительное поражение других клапанов у больных митральным стенозом служат противопоказаниями для митральной комиссуротомии. Противопоказанием является и активность ревматического процесса. Оперативное вмешательство у таких лиц возможно лишь не раньше, чем через 2—3 месяца после проведения активной противоревматической терапии и нормализации РОЭ.

Вяло текущий ревматический процесс не является противопоказанием для комиссуротомии, но как до, так и после операции необходимо проводить активную противоревматическую терапию.

Специальное пленарное заседание было посвящено диагностике и лечению заболеваний почек. Основной доклад М. С. Вовси и М. Я. Ратнер «О методах исследования и лечения больных нефритом» изобилует всесторонними, разнообразными данными исследования функции почек. Докладчики отметили эффективность диеты с ограничением белка (0,4—0,5 на 1 кг веса) и соли (не больше 1 г в сутки) при отечном и гипертоническом синдромах, выражавшихся не только в общеклиническом улучшении, но и в нормализации биохимических сдвигов в крови.

Съезд уделит внимание диагностике и лечению заболеваний печени, в частности некоторым новым методам, позволяющим точнее судить о функциональном состоянии печени. Е. В. Чернышева (Москва) отметила в своем докладе, что прижизненным морфологическим исследованием печени методом аспирационной пункции возможно определить дистрофические, инфилтративные, воспалительные, регенераторные, цирротические и неопластические ее изменения.

Л. Д. Линденбрaten (Ленинград) считает крупнейшим достижением современной рентгенологии метод внутривенной холеграфии (холангиохолецистографии). Этот метод позволяет у подавляющего числа больных при элементарной простоте подготовки без осложнений и в короткие сроки получить рентгеновское изображение системы желчных путей.

С целью определения нарушений в системе воротной вены в настоящее время применяют метод контрастного рентгенологического исследования — спленопортографию. Это исследование заключается во введении путем пункции контрастного вещества (70% кардиотраста) в паренхимы селезенки, откуда он быстро распространяется по венам портальной системы, что и фиксируется на серии рентгено-снимков. В. В. Виноградов (Москва) сообщил в докладе, что, пользуясь этим методом, можно установить расширение сосудов портальной системы, сужение их просвета, выявить пути окольного кровообращения. На основании полученных данных можно диагностировать цирротические поражения печени, тромбозы воротной вены и ее ветвей, сдавление воротной вены опухолью и т. п.

Ценным методом является и лапароскопия. В трудных в дифференциально-диагностическом отношении случаях она позволяет правильно распознавать заболевания печени.

Большое внимание привлекло обсуждение проблемы коллагенозов (доклады проф. Е. М. Тареева, А. И. Струкова и др.).

Под этим названием объединяется группа страданий, в основе которых лежит распространенное поражение межклеточного вещества соединительной ткани и входящего в ее состав белка — коллагена. Коллагеновые болезни, или коллагеноз, — понятие не нозологическое, а патогенетическое.

К коллагеновым болезням относят ревматизм, ревматоидный артрит, системную красную волчанку, нодозный периартериит, склеродермию, дерматомиозит.

С точки зрения клинициста, коллагенозы представляют из себя неспецифическую реакцию организма, или неспецифический синдром, полиэтиологического и, как правило, неинфекционного происхождения. Упорно рецидивирующее течение с развитием дистрофии (амилоидная, жировая дистрофия, кахексия) или недостаточности отдельных органов (почек, сердца, легких) определяет, главным образом, тяжесть течения, частоту и исходы коллагенозов. На другом полюсе неспецифических реакций организма можно поставить такие легкие, преимущественно, функциональные ее формы, как синдром Рейно, ангионевротический отек, крапивница и др., связанные, однако, различными переходными формами с тяжелыми коллагенозами.

При всех коллагеновых болезнях общим морфологическим признаком поражения соединительной ткани является так называемое фибриноидное изменение соединительной ткани, биохимическая и гистогенетическая сущность которого до настоящего времени еще не может считаться разрешенной.

Помимо фибриноидного изменения соединительной ткани, наблюдается глубокая дезорганизация коллагена и межклеточной аморфной субстанции в сочетании с выраженными, в той или иной степени, клеточными реакциями. Характер последних может быть неодинаков при различных коллагеновых болезнях, и они вообще могут отсутствовать, в то время как изменения межклеточного вещества соединительной ткани являются постоянными. Таким образом, сущность морфологического понимания коллагеновых болезней должна основываться не столько на изучении клеточных реакций, сколько на изучении парапластических субстанций и на их морфологических и биохимических изменениях.

В связи с деструктивными изменениями межклеточных компонентов наблюдается повышение тканевой и сосудистой проницаемости, а также развитие изменений сосудов разного калибра, типа васкулитов.

Существует тесная взаимосвязь коллагеновых болезней с измененной реактивностью организма. Преобладание аллергического компонента в коллагеновых болезнях выявляется клеточными реакциями. Малая выраженность клеточных реакций является, в известной мере, доказательством ослабления или отсутствия аллергического компонента в данных проявлениях коллагеновых болезней.

Среди обстоятельств, predisposing к коллагенозам, большую роль играет конституциональная или приобретенная неполноценность не столько гипофизарно-надпочечниковой, сколько гипофизарно-половой системы, в частности недостаточность лютеостимулирующего гормона и гормона желтого тела.

Наиболее общими клиническими симптомами, характерными для поражения коллагеновой ткани, следует считать увеличение количества гиалуронидазы в крови, увеличение количества моноцитов в лейкоцитарной формуле и малое выделение прогнандиола с мочой.

В комплекс лечебных мероприятий при коллагенозах должны быть включены, помимо адренокортикотропного гормона, и другие средства, влияющие на эндокринную систему, в первую очередь прогестерон, нередко метилгестерон, эстрогенные препараты и средства, регулирующие функцию щитовидной железы. В отдельных случаях необходимо применять не адренокортикотропный гормон и кортизон, а дезо-

ксикортикостерон. Дозировка всех этих средств должна быть строго индивидуализирована и, в частности, в зависимости от состояния высшей нервной деятельности больного.

Специальное заседание съезда было посвящено обсуждению доклада главного терапевта Минздрава РСФСР проф. К. Я. Шхвацабая: «Заболеваемость населения РСФСР важнейшими внутренними болезнями».

С отчетом Правления общества выступил председатель общества проф. А. Л. Мясников. Во вновь избранное правление общества от Татарской АССР выбран проф. З. И. Малкин.

В. Е. Анисимов,
В. Ф. Богоявленский

I ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

С 15 по 22 декабря 1958 г. в Ленинграде проходил I Всероссийский съезд хирургов. Программными вопросами съезда были: 1) перитониты и их лечение и 2) закрытые травмы черепа. На секционных заседаниях были рассмотрены вопросы детской хирургии и анестезиологии. Отдельное заседание проведено по теме: «Новое в хирургии».

I. Проф. В. С. Левит в программном докладе о перитоните отметил, что за последние годы количество перитонитов, особенно послеоперационных, заметно уменьшилось. Наблюдается их нарастание за счет прободных язв желудка, желчнокаменной болезни и других заболеваний, при уменьшении за счет аппендицитов.

Операция при перитоните должна быть самой срочной и состоять в ликвидации первичного очага, с удалением гнойного содержимого из брюшной полости. Повторные операции при послеоперационных перитонитах позволили значительно снизить детальность.

Профессора Б. А. Петров, В. С. Левит и многие другие докладчики рекомендовали чаще применять зашивание брюшной полости наглухо вставлением в различные участки брюшной полости тонких хлорвиниловых или резиновых дренажей для последующего систематического введения туда антибиотиков.

В докладе проф. Н. В. Соколова и Т. П. Тихоновой было подчеркнуто, что лечение больных перитонитом должно проводиться комплексно и последовательно направляться на мобилизацию защитных сил организма.

Проф. Н. В. Соколов и Т. П. Тихонова так же, как и проф. Б. А. Петров и А. А. Беляева, считают, что два признака должны лечь в основу деления перитонитов — источник возникновения и срок развития болезни.

II. По проблеме травм черепа проф. Д. А. Арапов в своем докладе указал, что в нашей стране ежегодно регистрируется свыше 100 000 случаев травм мозга, тогда как в США ежегодно их более полмиллиона. Высокий процент смертности и инвалидности после этого вида травм придает ему актуальность.

Действ. член АМН проф. В. Н. Шамоу считает, что деление закрытых травм по старой классификации Пти на сотрясение, ушиб и сдавление остается целесообразным. Все больные с закрытой травмой головы подлежат госпитализации и наблюдению невропатолога, и около 8—10% из них — оперативному лечению.

При эпидуральных и субдуральных кровоизлияниях необходимы трепанация черепа и удаление кровяных сгустков и мозгового детрита. Для диагностики субдуральных кровоизлияний показано наложение фрезевых отверстий на месте подозреваемого кровоизлияния. При обширных субарахноидальных кровотечениях из базальных цистерн кровь может затекать в желудочки мозга, обуславливая их тампонаду. Кровоизлияния в 100—120 см³ крови могут быть смертельны.

За расширение хирургической активности при закрытых травмах черепа высказались в своих докладах профессор Д. А. Арапов (Москва), В. П. Радужневич (Воронеж) и другие докладчики. Показаниями к операции следует считать не только диагностируемые гематомы и вдавление отломков костей при переломах, но и нарастающий отек мозга, кровоизлияния в желудочки и другие осложнения.

Проф. Ф. Г. Углов и И. М. Мамедов (Ленинград) установили, что в остром периоде при закрытой травме повышается венозное и снижается артериальное давление. Изменение венозного давления является более чувствительным показателем состояния больного, чем изменение давления спинномозгового. Применение околопочечной новокаиновой блокады у 300 больных с закрытой травмой черепа явилось наиболее эффективным и безопасным методом лечения.

Г. М. Мюллер (Ленинград) на основе клинических наблюдений считает, что при свежих повреждениях головного мозга шейная новокаиновая вагосимпатическая блокада эффективна в борьбе с головными болями, и, в известной степени, предупреждает развитие в последующем травматической энцефалопатии.

Проф. В. П. Радужкевич (Воронеж) находит, что у больных с закрытой травмой черепа в остром периоде применение ганглиоблокирующих препаратов ведет к уменьшению продукции ликвора и отека мозга, имеет большую практическую ценность и должно найти себе применение у 60—70% больных, не требующих оперативного лечения.

Применение ганглиоблокаторов противопоказано у больных в состоянии декомпенсации дыхательной и сердечной деятельности, при обширных контузиях мозга и первичных поражениях стволовых отделов, при шоке и тех травмах черепа, где необходимо оперативное вмешательство.

На двух секционных заседаниях было заслушано 20 докладов по анестезиологии.

Проф. И. С. Жоров охарактеризовал современную анестезиологию как науку об обезболивании и управлении функциями организма во время операции и в ближайшие часы после нее, осуществляемую химическими, физическими и другими воздействиями на нервную систему. В современной анестезиологии господствуют комбинированное обезболивание и потенцированный наркоз, а также применение мышечных релаксантов, ганглиоблокирующих и нейроплегических веществ. Подготовка кадров анестезиологов является актуальной задачей здравоохранения.

Ряд докладов освещал проблему анестезиологии в сердечно-сосудистой хирургии. Действ. член АМН, проф. Б. В. Петровский на основании своего опыта, охватывающего свыше 500 операций на сердце и сосудах грудной полости, а также 700 вмешательств на крупных периферических артериях и венах, считает, что при различных формах сердечно-сосудистой патологии необходима строгая дифференциация методов обезболивания. Управляемая гипотония, столь важная при выключении аорты, лучше всего осуществляется арфанадом. Л. И. Краснощекова, Р. А. Мурсалова и Тимашенко (Ленинград) указывают, что арфанад Роше действует кратковременно, легко выводится из организма, а вызываемая им гипотония легко контролируется.

Ряд докладов был посвящен применению потенцированного местного обезболивания с применением новокаина. А. Н. Беркутов и А. А. Воликов (Ленинград), применив у 1606 больных при операциях в неотложной хирургии и травматологии этот вид анестезии, считают, что потенцированная местная анестезия проста и высоко эффективна. В качестве нейроплегических средств ими применялись аминазин и меназин или пропазин в сочетании с димедролом, этизином или дипразином и другие препараты. Столь же положительную характеристику этому виду обезболивания дает И. С. Полещук, хотя он указывает, что у отдельных больных наблюдалось падение кровяного давления до 55—40.

Проф. Т. П. Макаренко (Москва) отмечает, что чем глубже потенцирование, гипертония, тем менее выражен эффект от переливания крови и, в частности, от внутриартериальной гемотрансфузии. В этих условиях анестезиолог остается обезоруженным, и любое его мероприятие по переливанию крови не дает положительных результатов.

Отдельное заседание съезда было посвящено теме «Новое в хирургии».

Действ. член АМН А. А. Вишневский осветил основные вопросы хирургического лечения врожденных пороков сердца. Он отметил, что современный анестезиолог обладает пока единственным методом, повышающим в значительной степени устойчивость организма к кислородному голоданию, — гипотермией. Хирургия «сухого» сердца — это хирургия будущего, замечательное, но еще не завершённое достижение современной науки.

Интересные экспериментальные исследования по резекции и пластике желудочков сердца были проведены проф. Н. П. Синициным (Горький). Автор устанавливает топографию зон пониженной и повышенной чувствительности сердца к травматическим повреждениям. У собак без существенных нарушений гемодинамики иссекались участки из двух стенок желудочков сердца по 20—25 см² с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Во второй серии опытов у собак иссекались участки стенок желудочков сердца в 10—15 см² и заменялись капроном или сухожильной фасцией. Подопытные собаки легко переносят такую операцию без видимых нарушений гемодинамики.

Проф. В. И. Колесов (Ленинград) доложил о 100 случаях лечения коронарной недостаточности путем перевязки art. mammaria interna, в результате чего, по сообщению докладчика, происходит улучшение питания сердечной мышцы. В ряде случаев исчезала или уменьшалась стенокардия и отмечались изменения электрокардиограммы в лучшую сторону.

Б. В. Петровский сообщил о разработанном им методе хирургического лечения релаксации диафрагмы полной заменой недоразвитого купола диафрагмы пластинками поливинилалкоголя. Операция успешно выполнена у 6 больных.

Проф. М. С. Григорьев и А. Л. Избинский (Ленинград) сделали практически важное сообщение о трахеостомии при острой послеоперационной дыхательной недостаточности.

Одним из наиболее частых и грозных осложнений послеоперационного периода является острая дыхательная недостаточность, нередко приводящая к смерти успешно прооперированного больного. Причинами осложнения являются травма грудной клетки

и болевые ощущения, ограничивающие легочную вентиляцию, нарушение трахеобронхальной проходимости, связанной с массовым накоплением мокроты, уменьшение легочных резервов (обширные резекции, ателектазы, инфильтрации и эмфизема), отек гортани и респираторные расстройства центрального происхождения. При неэффективности консервативных мероприятий докладчики рекомендуют немедленно производить трахеостомию для проведения отсасывания мокроты и перевода больного на искусственное дыхание. Трахеостомия в клинике П. А. Куприянова была произведена 30 больным, 26 из них выздоровели и 4 погибли.

Новый метод в гомопластике был доложен В. И. Поповым (Ленинград). Автор подвергает гомотрансплантат кожи повторной обработке жидкостью, основой которой является сыворотка реципиента. У некоторых больных приживший гомотрансплантат кожи существует в течение трех лет.

На съезде присутствовали гости из стран народной демократии, а также из Индии, Аргентины, Франции и из США. Некоторые из них поделились своим опытом.

Проф. Аганеску (Румыния) сообщил, что спинномозговая анестезия в Румынии является методом выбора. Под спинномозговой анестезией производятся все операции в брюшной и грудной полостях и на конечностях. В клинике произведено свыше 40 000 спинномозговых анестезий.

Проф. Шпачек (Чехословакия) доложил о применяемом им методе лечения аневризм сердца. Из левой большой грудной мышцы выкраивается широкий лоскут с сохранением питающих сосудов и укладывается на аневризматическое выпячивание стенки сердца. Над лоскутом мышца сердца сшивается, и лоскут инвагинируется внутрь. Трансплантат прирастает и восстанавливает питание мышцы сердца.

Проф. Де Бакей (США) сообщил об опыте в хирургии магистральных сосудов, охватывающий 2500 операций. Свыше 300 операций произведено на грудной аорте и ее ветвях, более 600 операций выполнено по замещению брюшной аорты и ее ветвей, а также операции на общей сонной артерии, бедренной артерии, позвоночной и других артериях. Производятся операции окольного кровообращения через искусственные протезы или же выполняется резекция сосуда на протяжении с замещением дефекта сосуда протезом из орлоновой или дакроновой тканей. Техника производства этих операций на людях была продемонстрирована кинофильмом. Сшивание сосудов производится простым обвивным швом.

Финскими хирургами был показан интересный фильм о применении кожного лоскута, взятого с живота больного, для артропластики коленного и тазобедренного суставов. Фильм основан на 100 наблюдениях с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Экспериментальная проверка показала, что на месте пересаженной кожи развивается хрящевая ткань.

22 декабря съезд избрал новый состав правления Общества хирургов Российской Федерации. От Казани были избраны: почетный член Всесоюзного общества хирургов засл. деятель науки проф. Н. В. Соколов и засл. деятель науки проф. И. В. Домрачев.

17 декабря делегаты съезда с большим вниманием выслушали выступление министра здравоохранения РСФСР С. В. Курашова, в котором сообщалось о грандиозных планах по улучшению дела здравоохранения в предстоящем семилетии.

Общее количество врачей по РСФСР превышает 250 тысяч человек и среднего медицинского персонала — 800 тысяч человек. Один врач будет в среднем на 460 граждан страны. Лечащие врачи хирургического профиля составляют 13% всех врачей, то есть около 27—28 тысяч.

Среди стационарных больных 19,9% составляют хирургические больные. Среди хирургических больных 70% лечатся амбулаторно, улучшение их обслуживания является задачей первостепенной важности. Необходимо дальнейшее изучение и снижение травматизма.

Серьезные успехи достигнуты в вопросах грудной хирургии, но по отношению к общему числу хирургических больных эти больные составляют всего лишь десятые доли процента. Важно не забывать о широком круге хирургов. Надо серьезно подумать о дальнейшем улучшении специализации и усовершенствовании врачей. Следовало бы вновь провести аттестацию хирургов. Необходимо шире привлекать практических врачей в члены хирургического общества. Необходимо также, чтобы хирургическое общество не замыкалось только в рамки научных проблем, а высказывало бы свое авторитетное мнение по многим сложным вопросам здравоохранения. Проведено объединение больниц и поликлиник, созданы двух- и трехзвеньевые системы обслуживания больных, и пора дать оценку эффективности этих мероприятий.

Следует также решить вопрос о том, целесообразно ли организовывать маленькие, карликовые хирургические отделения. Чтобы не распылять средства и кадры, не лучше ли объединить их в более мощные отделения, придав им более совершенное оснащение.

Все хирурги должны овладевать опытом лечения травм опорно-двигательного аппарата, для чего в больницах следует иметь травматологические отделения. В РСФСР имеется много институтов травматологии, но нет институтов неотложной хирургии.

В ряде институтов разрабатывается надуманная научная тематика, как было с институтом по пересадке тканей по Румянцеву, который пришлось закрыть. Авторитетное мнение хирургического общества имело бы важное значение в решении таких вопросов.

Проф. М. М. Шалагин

Поступила 12 января 1959 г.

ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ НА I ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ ХИРУРГОВ

(15—22 декабря 1958 г., Ленинград)

На двух заседаниях было заслушано 21 сообщение по следующим проблемам: 1) острые перитониты у детей, 2) закрытые травмы черепа в детском возрасте, 3) обезбоживание у детей, 4) лечение тяжелых пороков развития в раннем детском возрасте.

Проф. Н. В. Захаров (Саратов) в докладе «Патогенез, клиника и лечение пневмококкового перитонита» сообщил, что за последние годы в результате улучшения диагностики, применения раннего оперативного вмешательства и антибиотиков смертность при пневмококковом перитоните у детей резко сократилась.

О необходимости ранней диагностики и раннего оперативного вмешательства с широким применением антибиотиков высказался и ряд других участников съезда.

Д. Б. Авидон и В. М. Соколовская (Ленинград) сообщили свои наблюдения в отношении острых панкреатитов у детей. Консервативно лечилось 3, оперировано 9 детей. Из числа оперированных умерло 3. До операции правильное распознавание было только у двух. При консервативном лечении применялись поясничный новокаиновый блок и антибиотики. Оперативное вмешательство сводилось к срединному разрезу, рассечению брюшины над поджелудочной железой, подведении к ней тампона и тонких дренажей для введения антибиотиков.

Л. И. Петрова и Ю. Н. Федосеева (Ленинград) наблюдали 64 детей с флегмонами различных отделов желудочно-кишечного тракта. Правильный диагноз до операции был поставлен только у 3. Все больные с флегмонами желудочно-кишечного тракта были оперированы. Операция сводилась к производству лапаротомии с применением антибиотиков. Резекция кишечника производилась лишь при кишечной непроходимости и перфорации стенки кишки. Абсцессы в стенке кишки, наблюдавшиеся у двух детей, вскрывались, и брюшная полость дренировалась. Умер 1 ребенок.

Т. А. Хилкова (Ленинград) сообщила свои наблюдения над 50 больными с травмой черепа в возрасте от 1 до 14 лет. В первые часы после травмы дети переносят ее тяжелее, чем взрослые, но в дальнейшем течение острой травмы черепа у детей протекает легче, чем у взрослых. Массивные подпаутинные кровоизлияния у детей наблюдаются редко. Основные принципы лечебных мероприятий при этом повреждении сводятся к покою, дегидратации, профилактике инфекций, люмбальным пункциям при нарастании внутричерепного давления. Оперативное лечение было применено у 8 детей при внутричерепных гематомах и вдавлении костных отломков. Умерло 6 больных. Минимальный срок госпитализации при закрытой травме черепа у детей — в среднем 2—3 недели, а в тяжелых случаях до 1 месяца с последующим внебольничным наблюдением невропатолога и диспансеризацией этих больных.

А. Г. Пугачев и Н. В. Меняйлов поделились своими наблюдениями над применением интратрахеального наркоза у детей в возрасте от нескольких дней жизни до 3 лет и старше. Наркоз у детей применялся при врожденных пороках сердца, врожденных атрезиях пищевода с эзофаго-трахеальными свищами, хронических нагноительных процессах легких, опухолях средостения, врожденных диафрагмальных грыжах и т. п. Интубация детей проводится под ректальным наркозом 5% раствором тиопентотала из расчета 25—30 мг сухого вещества на 1 кг веса больного. После введения трубки в трахею переходят на наркоз эфиром или закисью азота. Исходя из относительной узости трахеи, у детей раннего возраста необходим тщательный подбор интратрахеальной трубки. Применение мышечных релаксантов в форме 1% раствора дитилина, быстро разрушающегося в организме ребенка, безопасно даже у новорожденных и позволяет вести наркоз на неглубоких стадиях.

Ф. Ф. Драгель (Ленинград) поделился четырехлетним опытом применения наркоза закисью азота с кислородом. Под этим наркозом проведены 403 операции на костях и суставах детям в возрасте от 1 года до 16 лет. Длительность наркоза колебалась от 30 минут до 4 часов. По наблюдениям автора, этот наркоз протекает значительно легче эфирного и эфирно-кислородного, и состояние больных после операции не отличается от состояния лиц, перенесших операцию под местной анестезией.

Я. Д. Витебский (Курган) доложил об отдаленных результатах краниопластики при врожденных мозговых грыжах у детей. Докладчик выдвинул положение, что оперативное вмешательство должно быть проведено в течение первого года жизни ребенка путем экстракраниального доступа и закрытия дефекта черепа по типу «притертой пробки» хрящевой тканью. Им прооперировано 70 больных с хорошими исходами. Умерло 5 больных.

Г. А. Баиров (Ленинград) доложил свои наблюдения над хирургическим лечением атрезий желчевыводящих путей новорожденных. Он делит подобных больных на две группы: с частичным недоразвитием желчевыводящих путей и с полным отсутствием желчевыводящих путей. Больные первой группы оперировались путем создания анастомоза между желчным пузырем или желчными протоками и двенадцатиперстной или тощей кишкой. Умерло 3 больных, двое перенесли операцию и нормально развиваются. Оперативное лечение больных второй группы сводится к образованию анастомоза между внутриспеченочными протоками левой доли печени с желудком и правой доли — с петлей тощей кишки. Из 7 оперированных выжили двое и в настоящее время они нормально развиваются.

Ю. Ф. Исаков (Москва) сообщил материалы по лечению мегаколон у детей (болезнь Фавали — Гиришпунга). Оперативное лечение при этом заболевании может применяться у детей старше трехлетнего возраста и сводится к удалению всей спазмированной зоны путем внебрюшинной резекции инвагинированной, по методу И. И. Грекова, ректо-сигмоидальной части кишки. В клинике проделано 20 подобных операций с хорошим результатом. С 7 дня появляется нормальный стул, вышележащие отделы толстых кишок постепенно уменьшаются в своем объеме.

А. Г. Завгородний (Донбасс — Сталино) сообщил результаты лечения диафрагмальных грыж у детей в возрасте от новорожденных до 15 лет. Он высказывается в пользу применения раннего хирургического лечения. Подход к грыжевому отверстию в диафрагме у детей показан внутрибрюшинный как при неущемленных, так и ущемленных грыжах. Оперировано 5 детей, умер 1.

М. И. Неволин (Ленинград) свой доклад «Лечение гемангиом челюстно-лицевой области у детей инъекциями склерозирующих растворов» посвятил методике лечения обширных гемангиом лица, не удалимых оперативным путем. Он получил хорошие результаты, инъецируя под основание опухоли раствор следующего состава: хинин солянокислый 2,0, уретан 1,0, дистиллированная вода 15,0. Из 240 гемангиом 159 с успехом лечились данным склерозирующим раствором, 65 — оперативным путем и 16 — комбинированным.

Доц. И. Ф. Харитонов

РЕЦЕНЗИИ

Л. А. Лушникова, *Коматозные состояния. 1958. Медгиз.*

Затруднения врача у постели больного, находящегося в коматозном состоянии, общеизвестны и зависят, во-первых, от большого количества этиопатогенетических причин, которые могут обусловить коматозные состояния, во-вторых, от невозможности словесного контакта с больным, а, иногда, и от невозможности быстрого применения лабораторных методов диагностики. Этим собственно и определяется потребность практического врача в доступном руководстве, с помощью которого имелась бы возможность преодолеть трудности дифференциальной диагностики коматозных состояний.

Таким доступным по простоте описания, по своему негромоздкому объему, является рецензируемая книга. Та быстрота, с которой разошелся тираж, сама по себе говорит о потребности практического врача в такой книге. Книга подкупает своей краткостью, ясностью и простотой изложения, доступностью для практического врача, независимо от его специальности и места работы.

Автор не ставит себе целью исчерпывающе изложить все виды коматозных состояний, а лишь приводит картину различных видов комы, более подробно останавливается на часто встречающихся видах комы, кратко характеризуя более редкие. Вслед за дифференциальной диагностикой, указывается лечение, которое строится, исходя из средств, доступных широкому кругу практических врачей.

Книга состоит из краткого введения, описания понятия коматозного состояния и методики объективного обследования больных, с акцентом на значении и оценке тех скудных анамнестических данных, которые иногда удается получить от родственников больного или сопровождающих его лиц.

Автор более подробно останавливается на оценке основных ведущих симптомов и дифференциальном диагнозе коматозных состояний. В виде специальной схемы приведены наиболее типичные признаки ком.

После кратких данных о течении, прогнозе заболевания, основных видов ухода за

больным, автор переходит к более подробному описанию клинических признаков отдельных форм коматозных состояний с более детальным описанием клиники, дифференциальной диагностики и лечения в каждом отдельном случае. Автор приводит описание 20 форм коматозных состояний.

В заключение, приводится описание наиболее употребительных и легко выполнимых в любых условиях методов лабораторного исследования мочи — определения белка, сахара и ацетона, что увеличивает практическую ценность данного пособия.

Литературный перечень состоит из 44 русских источников.

Наряду с отмеченными достоинствами книги, нельзя не обратить внимание и на ее недостатки. Так, например, автор, перечисляя формы коматозных состояний и описывая их клинику, почему-то не касается эпилептической комы, с которой практическому врачу приходится встречаться не реже, чем с другими видами коматозных состояний. Так же нет в книге и указания на возможность психомоторного возбуждения в период после эпилептического припадка. Даже при перечислении тех коматозных состояний, которые начинаются с судорожного припадка, автор умалчивает об эпилепсии.

Следовало бы при оценке значения повышения температуры до 39—40° напомнить врачам о возможности поднятия температуры при кровоизлияниях в стволовую часть головного мозга, при апоплектической и эпилептической комах.

В вопросе о ксантохромии спинномозговой жидкости важно было бы уточнить факт, что окрашивание жидкости в желтый цвет наступает не при любом кровоизлиянии в центральную нервную систему, а или при кровоизлиянии в желудочки мозга, или в субарахноидальное пространство. Цвет жидкости зависит не только от количества излившейся крови, но и от времени, прошедшего с момента кровоизлияния.

Оценивая повышение мышечного тонуса как одного из признаков некоторых коматозных состояний, автор считает характерным повышение мышечного тонуса при гипогликемической и малярийных комах, при отравлении белладонной и не указывает на возможность повышения мышечного тонуса при кровоизлияниях в желудочки мозга, при явлениях децеребрации.

Некоторая неточность имеется в трактовке «стороны поражения». Так, в разделе «Клиника коматозных состояний» при описании клинических симптомов, наблюдающихся при кровоизлиянии в мозг, автор пишет: «Угол рта на стороне поражения свисает...» (стр. 26). Следовало бы написать: «на стороне, противоположной очагу». Та же неточность выражения относительно стороны поражения встречается и на странице 16 при описании асимметрии лица.

Нельзя признать правильным называть симптом «плавающих» глаз ротаторным нистагмом (стр. 26), а рефлекторное смыкание век, при вызывании конъюнктивального и корнеального рефлекса, — «морганием» (стр. 7).

И, наконец, на странице 27, где автор перечисляет причины возникновения эмболии в сосуды головного мозга, следовало бы указать на возможность газовой эмболии при работе в условиях повышенного атмосферного давления как об одном из заболеваний, связанных с производством.

Перечисленные недостатки отнюдь не могут уменьшить ценности и практического значения книги Л. А. Лушниковой. Учитывая актуальность этого вопроса, было бы желательным появление 2-го издания книги большим тиражом с учетом отмеченных дефектов.

Жизнь, повседневная деятельность врача требуют от научных работников медицинских учреждений разработки различных методических руководств по разделам практической медицины, включающих описания доступных и проверенных опытом методов диагностики и лечения.

Рецензируемая книга ставит на повестку дня невропатологов и терапевтов вопрос о необходимости разработки методических инструкций по таким заболеваниям, как эпилепсия, энцефалиты, менингиты, гипертоническая болезнь, со всеми проявлениями нарушения мозгового кровообращения, заболевания обмена веществ, тиреотоксикозы и т. д., с акцентом внимания врачей на методику исследования больных, дифференциальную диагностику, лечение и профилактику.

С этой точки зрения следует приветствовать выход в свет рецензируемой монографии как весьма полезной широкому кругу практических врачей.

Ф. И. Вольтер

Поступила 20 января 1959 г.

А. Л. Л и б о в. *Побочные действия антибиотиков.*
Медгиз, 1958. 104 стр. 3 р. 05 к.

Книга написана на актуальную тему, и выход ее в свет следует считать своевременным.

Как совершенно справедливо отмечает автор во введении, у нашего современника, «начиная с первой обработки пупка новорожденного и кончая последним лекарством для умирающего от пневмонии старика, неизменно применяется пенициллин».

При этом совершенно игнорируется, «что антибиотиками надо пользоваться с осторожностью, после размышления», что в результате беспорядочного применения антибиотиков возникают той или иной степени тяжести побочные явления, в отдельных случаях приводящие даже к гибели больного.

Автор пишет, что своей книгой он преследует одну цель — убедить врачей в необходимости тщательно продуманного, целесообразного назначения антибиотиков с учетом возможных осложнений с тем, чтобы использовать все способы для их предупреждения.

Те же мысли высказывают проф. В. Н. Шамов и В. И. Самохвалов, которые считают, что каждый врач обязан «не только хорошо знать показания, пути и способы введения антибиотиков, но и ясно представлять себе особенности проявления их побочного действия, уметь предотвращать и лечить возникающие осложнения» (Военно-мед. журн. 1959, 1).

Наибольшее место в книге отведено клинике побочных явлений при терапии антибиотиками (49 стр.), и это вполне оправдано, так как реакции на введение антибиотиков нередко бывают своеобразными и неожиданными, представляют большие трудности для распознавания, особенно после оперативных вмешательств.

Указатель русской и зарубежной литературы занимает 15 стр.

Автор напоминает, что антибиотики должны назначаться больному в комплексе со средствами патогенетической и симптоматической терапии.

Сейчас, когда мы имеем уже большой ряд антибиотиков, следует назначать их не слепо, а по выбору.

Весьма важно выделять возбудителя и определять его отношения к тому или иному антибиотику. А до получения анализов прибегать к назначению «веера» антибиотиков, который имеет много сторонников.

Сейчас мы часто сталкиваемся со штаммами возбудителей, уже не чувствительных к тому или иному антибиотику. Отмечаются и такие факты, когда возбудитель чувствителен, а клинического эффекта нет, что объясняется особенностями организма больного.

Говоря о дозировках антибиотиков, автор возражает против назначения ударных доз, «которые могут вызвать наводнение организма эндотоксинами погибших бактерий и привести к смертельному коллапсу». Решительно осуждает применение малых доз, так как они способствуют формированию устойчивых или зависимых вариантов бактерий.

«Рациональная антибиотикотерапия», — пишет автор, — требует признания наиболее правильными средних дозировок». Он считает теоретически обоснованной продолжительность курса лечения в 6—7 дней; целый ряд побочных явлений возникает именно при продолжении курса лечения далее 7-го дня, отсюда и крылатое выражение — «болезнь 9 дня». В тех же случаях, когда лечение в течение 7 дней недостаточно, следует делать перерыв на 4—5 дней, проводить лечение по цикловой системе.

Цикловой метод может предупредить рецидив, а перерыв в 4—5 дней, не более, предупреждает аллергические проявления.

При использовании антибиотиками не следует забывать об обусловленных ими изменениях клинической картины болезней.

Автор предлагает свою классификационную схему осложнений и побочных действий, вызванных антибиотиками, которая, по сравнению с предложенной Х. Х. Плательсом, несколько расширена и детализирована.

Как известно, побочное действие антибиотиков проявляется в виде аллергических реакций, в изменении состава и чувствительности микробной флоры, в появлении новых заболеваний, осложняющих течение первичного процесса.

Из побочных явлений особенно грозными являются реакции, протекающие по типу анафилактического шока, причем они могут возникнуть даже после предшествующего весьма ничтожного введения препарата или его местного применения.

Катастрофа развивается в течение секунд или через 3—5—10 минут (иногда 2 часа) после инъекции пенициллина. И в эти же сроки или спустя несколько часов, наступает смертельный исход при быстром падении кровяного давления, цианозе, поверхностном дыхании, при потере сознания и судорогах. Употребленный автором в этом случае термин — «пенициллиновая смерть» является неудачным, так как может быть неправильно понят, поскольку пенициллин сам по себе смертельных отравлений не дает.

К относительно частым побочным явлениям при лечении антибиотиками относятся кандидозные поражения кожи и слизистых.

Висцеральные формы кандидозов довольно трудно распознаются, и прогноз более тяжелый.

В главе о профилактике побочных действий антибиотиков автор высказывается за пересмотр показаний к применению антибиотиков как средства профилактики (конечно, это не касается профилактики особо опасных инфекций).

Он считает, что следует отказаться от применения антибиотиков без показаний, при каждом случае с повышением температуры, при неясных заболеваниях без ориентировочного диагноза. С этим положением солидаризируются и В. Н. Шамов

и В. И. Самохвалов, подчеркивая, что «первоначально назначать антибиотики нужно на основании только клинических показаний», и имеется «настоятельная необходимость разумного ограничения применения антибиотиков для целей профилактики и лечения небольших воспалительных процессов, хорошо поддающихся действию других средств». Они указывают также, что наличие антибиотиков никоим образом не освобождает хирургов от строжайшего соблюдения правил асептики при операциях и ведении ран.

Едва ли следует быть так категоричным, как автор рецензируемой книги, в вопросе применения профилактически антибиотиков и в неясных случаях. Более приемлемой будет рекомендация назначать в таких случаях антибиотики в средних дозах и избегать их длительного применения.

Автор высказывается за установление чувствительности к пенициллину перед проведением курса пенициллинотерапии. Для этого предложены тесты — кожный, внутрикожный и пластырная проба. Больным, у которых в прошлом наблюдалась аллергическая реакция (значение анамнеза!), пробы проводить следует осторожно и по возможности избегать назначения антибиотиков.

Нельзя назначать пенициллин лицам с положительной пробой. Установлено, что отрицательная до лечения пенициллиновая проба после проведенного курса пенициллинотерапии может стать положительной.

По материалам В. Н. Шамова и В. И. Самохвалова, повышенная чувствительность к пенициллину выявляется у 9,4% больных. Особенно часто это устанавливается у лиц с эпидермофитией и другими грибковыми заболеваниями кожи, а они встречаются сравнительно часто.

Больным с повышенной чувствительностью к пенициллину, с целью десенсибилизации, В. Н. Шамов и В. И. Самохвалов вводят пенициллин внутримышечно в возрастающих дозах, начиная с 1000 ед. и кончая 20000 ед. на последнюю инъекцию; последующее лечение таких больных внутримышечными инъекциями пенициллина в обычных дозах проходило без осложнений.

В сомнительных случаях следует вводить пенициллин совместно с антигистаминными препаратами (димедрол, антигистамин и др.).

Автор рекомендует первую инъекцию пенициллина делать в руку, с тем, чтобы в случае развития анафилактической реакции можно было наложить жгут.

Для профилактики кандидозов (кандидомикозов) рекомендуется достаточное введение витаминов, систематический копрологический контроль, и зарубежными авторами предложено одновременное введение ундецилиновой кислоты.

В. Н. Шамов и В. И. Самохвалов рекомендуют при малейшем подозрении проводить повторные посевы на грибки, внутрикожные пробы с дрожжевыми аллергенами и серологические реакции.

В разделе лечения автор рекомендует применять при анафилактическом шоке эфедрин, кислород и внутривенное капельное вливание АКТГ.

При кандидозах применяют йодистый калий внутривенно, салитропин, уротропин. Предложены также внутривенное введение растворов спирта, повторные гемотрансфузии.

Зарубежными авторами предложен ряд противогрибковых антибиотиков. Есть советский, применяемый внутрь, противодрожжевой антибиотик — нистатин.

Автор заканчивает свою работу положением, что «антибиотикотерапии принадлежит не только настоящее, но и будущее». С задачей, которую поставил себе автор, он вполне справился.

Книга написана ясным литературным языком. Снабжена полным литературным указателем и должна быть широко рекомендована всем врачам.

А. М. Окулов

НОВЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Гиалуронидаза

Фермент, изготовленный из семенных желез быков. Облегчает и ускоряет проникновение лекарств в воспаленные ткани, всасывание плазмы, а также различных растворов, введенных подкожно или внутримышечно.

1 мг сушеного фермента разводят в 1 мл дважды дистиллированной воды и вводят внутримышечно или подкожно (0,5—2 мг). Раствор готовится непосредственно перед инъекцией.

Антигистамин

Показан при крапивнице, лекарственных сыпях, ангионевротическом отеке, зуде (и при желтухе), сенном насморке, сывороточной болезни, при некоторых видах бронхиальной астмы, мигрени, синдроме Меньера, артропатии, при псориазе, узловатой эритеме и др.

Противопоказан при хроническом нефрите.

Выпускается в драже, содержащих по 0,05 препарата. Назначают по 1 драже 3 раза в день. Затем дозу снижают. Так как препарат может вызвать понижение остроты восприятия, сонливость и усталость (у отдельных лиц резко выраженные), амбулаторным больным, особенно тем, работа которых требует сосредоточенного внимания, препарат назначать не следует.

Альфадрил

Препарат изготавливается в виде драже, содержащих по 0,5 препарата в каждом. Показания и правила предосторожности те же, что и при антигистамине.

Назначается по 1 драже 3 раза в день в первые дни, или же и в начале по 1—2 драже в день.

Драже следует проглатывать не разжевывая.

Супрастин

Имеет те же показания, что и антигистамин и альфадрил.

Выпускается в таблетках (0,025 препарата) и в ампулах (в 1 мл — 0,02 препарата).

Назначается по 1—2 таблетки 3—4 раза в день во время еды. Вводится и внутримышечно по одной ампуле; при необходимости получить быстрый эффект можно вводить и внутривенно, однако лишь в условиях стационарного наблюдения.

Миоксил

Назначается как противоспастическое средство, при спазмах различной этиологии (в частности — при столбняке, паркинсонизме), для устранения послеоперационных мышечных спазмов.

Выпускается в таблетках по 0,25 препарата.

Назначается по 2—4 таблетки на прием до 3—5 раз в день, с учетом индивидуальной чувствительности. Таблетки следует проглатывать не разжевывая.

Лечение проводится под контролем функции печени, почек и картины крови.

Белласпон

Выпускается в драже с содержанием виннокислого эрготамина 0,0003, радобелина — 0,0001, фенобарбитала — 0,02.

Показан при вегетативных неврозах и вегетативных расстройствах, сопровождающих ряд заболеваний, мигрени, болезни Меньера, базедовой болезни, климактерических расстройствах, начинающемся атеросклерозе, начальных стадиях гипертонической болезни, крапивнице, некоторых формах экзем, при зудящих дерматозах; применяется также при комплексном лечении гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при хроническом колите, холецистите.

Назначается по 1 драже 3 раза в день после еды. При длительном применении дозу снижают до 1 драже в день или делают перерыв на несколько дней.

Лечение проводят обычно в течение нескольких недель, хотя терапевтический эффект может наступить и через несколько дней.

Следует индивидуально варьировать дозировку; при передозировке наблюдается сухость во рту.

Пирабутол

Выпускается в драже, содержащих по 0,125 фенилбутагона и пирамидона. Действует на центральную нервную систему, давая обезболивающий, жаропонижающий и противовоспалительный эффект. Угнетает диурез и замедляет выделение из организма некоторых лекарственных веществ (в частности — морфина, мекадина и других).

Противопоказан в преклонном возрасте, при недостаточности кровообращения, болезнях печени и почек.

Назначают по 2 драже на прием 2—3 раза в день. Проглатывается без разжевывания.

Метотирин

Показан при гипертиреозе. В таблетке — 10 мг препарата. Назначается по $\frac{1}{2}$ или 1 таблетке 3 раза в день; в дальнейшем, при улучшении состояния больного, можно ограничиться 1 таблеткой в день. Лечение проводится курсами по 30—60 дней, при еженедельном контроле формулы крови.

Противопоказан при беременности, лейкопении, лихорадочных состояниях.

Этинилэстрадиол

Выпускается в виде перлингвальных (подъязычных) таблеток, содержащих 0,01 мг или 0,05 мг препарата.

При аменорее, гипомеменорее, олигоменорее, гипоплазии матки назначают по 1—3 таблетки по 0,05 мг ежедневно в течение двух недель, затем переходят на прогестерон.

При климактерии или после кастрации дозировка препарата строго индивидуальная.

Лечение проводят циклами.

Препарат применяется при раке предстательной железы как в неоперабельных случаях, так и до хирургического вмешательства и после него. Дозировка индивидуализируется. В неоперабельных случаях обычно назначают по 3 и более таблеток по 0,05 мг ежедневно в течение нескольких недель, затем дозы медленно снижают.

Перопаназа

Содержит панкреатина 0,1 и холеиновокислого натрия 0,1 в 1 драже, предназначенных для проглатывания, поскольку они покрыты кислотоупорным слоем, в расчете на растворение лишь в тонком кишечнике.

Назначается по 2—4 драже через 1—1,5 часа после еды 2 раза в день.

Татаптекоуправление



Сдано в набор 7/II-1959 г. Подписано к печати 30/IV 1959 г. ПФ 07151. Формат бумаги $70 \times 108 \frac{1}{16}$.
Печати. листов 7,25. Кол. знаков в 1 листе 68.100. Заказ № Б-87. Тираж 2700.

Типография Татполиграфа Министерства культуры ТАССР
Казань, ул. Миславского, д. № 9.

КНИГИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

(Поступившие в редакцию)

- А. Н. Беринская, Н. В. Калинина, Т. И. Меерзон.** Исходы и прогноз инфаркта миокарда. 1958, 272 стр., 10 р. 90 к.
- Б. П. Кушелевский.** Очерки по антикоагулянтной терапии. 1958, 170 стр., 6 р. 65 к.
- А. М. Сигал.** Ритмы сердечной деятельности и их нарушения. 1958, 368 стр., 17 р. 50 к.
- Пневмонии (этиология, патогенез, патологическая анатомия)** под редакцией чл.-корр. АМН СССР проф. В. Д. Цинзерлинга. 1958, 280 стр., 16 р.
- Т. А. Невзорова.** Психопатология в клинике внутренних болезней и неотложная помощь. 1958, 224 стр., 6 р. 70 к.
- И. И. Неймарк.** Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. 1958, 260 стр., 11 р. 20 к.
- А. Л. Либов.** Побочные действия антибиотиков. 1958, 104 стр., 3 р. 05 к.
- Практическое акушерство (избранные главы)** под редакцией действительного члена АМН СССР проф. А. П. Николаева. 1958, 564 стр., 25 р. 55 к.
- В. П. Подъяпольская и В. Ф. Капустин.** Глистные болезни человека. 1958, 664 стр., 32 р. 10 к.
- Грипп (эпидемиология, этиология, патогенез, клиника и лечение).** Институт инфекционных болезней. Под редакцией проф. Н. И. Морозкина. 1958, 312 стр., 8 р. 90 к.
- Коклюш у детей.** Под редакцией члена-корреспондента АМН СССР проф. А. И. Доброхотовой. 1958, 198 стр., 7 р. 85 к.
- А. Д. Троцкая.** Пиодермиты. 1958, 144 стр., 3 р. 60 к.
- В. А. Дьяченко.** Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. 1958, 264 стр., 10 р. 30 к.
- А. В. Гринберг.** Рентгенодиагностика профессиональных болезней. 1958, 252 стр., 13 р.
- Г. А. Зедгенидзе, В. П. Грацианский, Ф. Ф. Сивенко.** Рентгенодиагностика костно-суставного туберкулеза. 1958, 332 стр., 16 р. 40 к.
- М. Д. Машковский.** Лекарственные вещества. 1957, 812 стр., 29 р. 45 к.
-

ЦЕНА 4 РУБ.

