

КАЗАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

ТОМ
LXI

6

1980

Казанский мед. ж.

Редакционная коллегия:

Д. М. Зубаиров (главный редактор),

Д. К. Баширова, Е. В. Белогорская, У. Я. Богданович, В. Ф. Богоявленский (зам. главного редактора), М. Х. Вахитов, М. М. Гимадеев (отв. секретарь), Л. А. Козлов, О. С. Кочнев (зам. главного редактора), И. З. Мухутдинов, Л. М. Рахлин, И. А. Салихов, М. Х. Файзуллин, Ф. Х. Фаткуллин.

Редакционный совет:

В. Е. Анисимов (Москва), Т. А. Башкирев (Казань), М. Ш. Билялов (Казань), И. Н. Волкова (Казань), В. А. Германов (Куйбышев-обл.), З. Ш. Гилязутдинова (Казань), Н. Р. Иванов (Саратов), В. П. Камчатнов (Казань), В. И. Качурец (Казань), Б. А. Королев (Горький), А. Ф. Краснов (Куйбышев-обл.), Н. П. Кудрявцева (Казань), В. А. Кузнецов (Казань), Л. А. Лещинский (Ижевск), И. Ф. Матюшин (Горький), Н. П. Медведев (Казань), Н. Я. Назаркин (Москва), А. П. Нестеров (Москва), Г. Д. Овруцкий (Казань), А. Ю. Ратнер (Казань), И. М. Рахматуллин (Казань), М. Р. Рокицкий (Казань), Л. Г. Сватко (Казань), В. С. Семенов (Чебоксары), Э. Н. Ситдыков (Казань), Г. А. Смирнов (Казань), В. В. Талантов (Казань), Р. Г. Фархутдинов (Уфа), Х. С. Хамитов (Казань), Р. С. Чувашаев (Казань).

ИЗДАЕТСЯ С 1901 года

Подписка принимается во всех почтовых отделениях СССР

Адрес редакции «Казанского медицинского журнала»:

г. Казань, ул. Декабристов, д. 2, тел. 3-70-74.

Корреспонденцию направлять по адресу:

420066, г. Казань, а/я 662.

Литературный редактор А. И. Розенман
Технический редактор А. И. Никиткова

Сдано в набор 11/VIII-1980 г. Подписано к печати 1/X-1980 г.
ПФ 08199. Формат издания 70×108/16. Объем 5 п. л. Заказ У-356.
Тираж 7400 экз. Цена 40 коп.

Типография издательства Татарского обкома КПСС
г. Казань, ул. Декабристов, 2.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

СЕНТЯБРЬ
ОКТАБРЬ

1980

5

ТОМ
LXI

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ



НОВЫЕ РУБЕЖИ
СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Заместитель министра здравоохранения РСФСР
С. Я. Чикин*

В совершенствовании советского здравоохранения после XXV съезда КПСС особое место занимает постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения». В этом постановлении были отмечены не только достижения в области здравоохранения, но и ряд нерешенных задач. Считая заботу о здоровье советских людей важнейшей социальной задачей, Центральный Комитет партии и Правительство обязали Министерство здравоохранения СССР, Советы Министров союзных республик, различные министерства и ведомства принять все необходимые меры для осуществления большой комплексной программы, предусматривающей дальнейшее улучшение охраны народного здоровья. Предложено сосредоточить внимание на совершенствовании организации работы учреждений здравоохранения, профилактики заболеваемости, предупреждения травматизма, на повышении качества медицинской помощи, расширении специализированных ее видов, развитии материально-технической базы здравоохранения, улучшении деятельности научно-исследовательских институтов и медицинских вузов, на широком внедрении в медицинскую практику достижений науки и техники, передового опыта и научной организации труда, на повышении профессиональной подготовки и идейно-политического воспитания медицинских кадров.

Вместе с тем данным постановлением поручено партийным, советским, хозяйственным и профсоюзным организациям союзных и автономных республик, краевых и областных центров оказывать постоянную помощь органам здравоохранения в решении основных задач по развитию материально-технической базы здравоохранения и медицинской науки.

Постановление предусматривает дальнейшее улучшение организации стационарной помощи населению путем повышения качества диагностической и лечебной работы, широкого применения технических средств, облегчающих труд медицинских работников и улучшающих уход за больными. Эта задача прямо связана и с более эффективным использованием коечного фонда, с расширением сети больниц и отделений восстановительного лечения, которые будут способствовать возвращению трудоспособности многим больным, перенесшим тяжелые заболевания.

В целях улучшения работы по своевременной госпитализации больных, а также

по оказанию медицинской помощи осуществляется дальнейшее расширение сети учреждений скорой медицинской помощи, строительство в ряде городов больниц скорой медицинской помощи, оснащение этой службы специальными машинами, снабженными современным оборудованием и приборами, а также рациями, создание специализированных врачебных бригад, более полное комплектование штатной численности указанных медицинских учреждений персоналом, в первую очередь врачами.

Принимаются меры к расширению и реконструкции действующих медико-санитарных частей и поликлиник для работников вновь строящихся и реконструируемых предприятий за счет капитальных вложений, выделяемых на строительство этих объектов. Ранее строительство осуществлялось только за счет средств, выделяемых на капитальное строительство органам здравоохранения. Постановлением разрешено расширять строительство при действующих предприятиях лечебно-профилактических и аптечных учреждений за счет средств фонда социально-культурных мероприятий. Все это позволяет в значительной степени улучшить медицинское обслуживание трудящихся, работающих на крупных предприятиях и стройках, укрепить цеховые врачебные участки, добиться снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, повысить производительность труда во многих отраслях народного хозяйства. Одновременно с этим повышена и заинтересованность медицинских работников в труде. Руководителям предприятий и организаций, переведенных на новую систему планирования и экономического стимулирования, постановлением Партии и Правительства предоставлено право производить выплату вознаграждений по итогам работы предприятия и организации за год работникам медико-санитарных частей, здравпунктов, санаториев-профилакториев и цеховых участков, добившихся улучшения работы на охране здоровья и снижения заболеваемости работников, за счет фонда материального поощрения предприятия. В 1978 г. это положение стало действовать, и многие медицинские работники сверх заработной платы получили денежные премии.

Партия и Правительство определили и политику в капитальном строительстве учреждений на ближайшие годы. Госплану СССР, Советам Министров союзных республик, министерствам и ведомствам поручено предусматривать в планах направление капитальных вложений, выделяемых на строительство объектов здравоохранения, в первую очередь на строительство амбулаторно-поликлинических учреждений, родильных домов, детских, центральных районных, крупных многопрофильных и специализированных больниц. На предстоящую XI пятилетку (1981—1985 гг.) запланировано ввести в эксплуатацию амбулаторно-поликлинических учреждений на 630 тысяч посещений в смену, больниц на 364 тысячи коек и детских специализированных санаториев на 40 тысяч коек. Наряду с этим для укрепления материально-технической базы амбулаторий, районных и сельских участков больниц рекомендовано шире использовать средства предприятий, колхозов и совхозов. Чтобы лучше осуществлялось строительство медицинских учреждений, задания по вводу больниц в эксплуатацию включаются в план не только министерствам и ведомствам-заказчикам, но и министерствам и ведомствам, осуществляющим строительно-монтажные работы, что, несомненно, сократит сроки строительства и будет способствовать своевременной сдаче объектов в эксплуатацию.

Постановлением намечены контрольные цифры до конца XI пятилетки по строительству аптек, аптечных складов и предприятий по ремонту медицинской техники. Это позволит улучшить лекарственное снабжение населения, а также усилить контроль за эксплуатацией различного технического оборудования и медицинских приборов. Несомненно, что в результате облегчится решение выдвинутой данным постановлением задачи об улучшении качества оказываемой лекарственной помощи. В этих же целях работа аптек должна быть организована так, чтобы соответствовать потребностям населения и режиму работы лечебных учреждений.

Одновременно разработаны меры по более полному удовлетворению потребностей населения в медикаментах и изделиях медицинского назначения. Для решения этой задачи Министерству медицинской промышленности и другим промышленным министерствам предложено увеличить в 1985 г. выпуск медицинской техники в 2,5 раза в сравнении с 1977 г. Предусматривается также расширение производства по выпуску важнейших медикаментов, создание и освоение новой медицинской техники. Особое внимание обращено на создание новой медицинской техники для кардиологических и онкологических отделений, для анестезиологической и лабораторной служб, для проведения массовых профилактических обследований населения и других целей.

Постановлением Партии и Правительства предусматривается улучшение амбулаторно-поликлинического обслуживания населения. В связи с этим первоочередное строительство таких новых учреждений намечается в районах новостроек и в сель-

ской местности. Органам здравоохранения предложено расширить оказание медицинской помощи населению в вечернее время и в субботние дни. Это не только позволит трудящимся в свободное время в спокойной обстановке обращаться к врачам, проходить обследования, получать систематическое амбулаторное лечение, но и даст возможность шире использовать для укрепления здоровья народа различные физические методы лечения в физиотерапевтических кабинетах, грязелечебницах и водолечебницах, в лечебно-физкультурных кабинетах.

Для улучшения амбулаторно-поликлинического обслуживания населения признано целесообразным провести разукрупнение территориальных терапевтических участков. Благодаря этому врач-терапевт получит возможность лучше изучить условия жизни и труда своих подопечных, более эффективно проводить реабилитационное лечение, шире осуществлять диспансерное обследование жителей своего участка, активней и чаще проводить санитарно-профилактическую и санитарно-просветительную работу.

Особенностью последних лет является сближение уровня медицинского обслуживания городского и сельского населения. С каждым годом сельское население получает все более многостороннюю медицинскую помощь как в больницах, непосредственно расположенных в сельской местности, так и в городских стационарах. Только за период с 1965 по 1978 г. число врачей на 10 000 сельского населения с учетом использования городских лечебно-профилактических учреждений возросло на 62%, а количество больничных коек — на 38%; в городах темпы прироста этих показателей за тот же срок были меньшими — соответственно 34% и 16%. Это говорит о том, что внимание к укреплению сельского здравоохранения непрерывно растет, и жителям села становится все в большей степени доступна самая квалифицированная медицинская помощь.

Об объеме медицинской помощи населению нашей страны свидетельствуют следующие данные: в 1978 г. во все стационарные учреждения был госпитализирован 61 млн. человек из 260,1 млн. всего населения, или 23,4%. При этом городских жителей было госпитализировано 38 млн. человек, или 23,7%, сельских — 23 млн., или 23,1%. Все амбулаторно-поликлинические учреждения вместе с помощью на дому приняли 2561 млн. больных. Это значит, что на каждого жителя страны в среднем приходилось 9,8 посещения в год.

ЦК КПСС и Совет Министров СССР обязали Министерство здравоохранения СССР и его органы на местах повысить уровень государственного санитарного контроля за соблюдением предприятиями, учреждениями, организациями и гражданами санитарно-гигиенических и санитарно-профилактических норм и правил. На врачей ложится задача по улучшению санитарно-гигиенического воспитания населения, повышению уровня пропаганды физкультуры и спорта, здорового образа жизни, рационального режима труда и отдыха, рационального питания, соблюдения правил гигиены, по борьбе за искоренение вредных для здоровья привычек — курения и употребления алкоголя, приводящих к повышению риска заболеть различными онкологическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями. У нас уже есть целые города, такие, как Сочи, которые объявили массовый поход против курения.

Чтобы полнее осуществлялась медицинская помощь населению в учреждениях наибольшей обращаемости, постановление Партии и Правительства обязало Министерство здравоохранения СССР, его органы на местах, Советы Министров союзных республик направлять преимущественно молодых специалистов на работу в первичные звенья здравоохранения — участковыми и цеховыми врачами, врачами скорой медицинской помощи, а также в районные и сельские участковые больницы и амбулатории. Для поднятия авторитета этих врачей и повышения их заинтересованности в работе постановлением предусмотрены дополнительные льготы. Участковым и сельским врачам, врачам скорой и неотложной медицинской помощи установлены ежемесячные денежные надбавки за непрерывный стаж работы на этих должностях, дополнительный трехдневный отпуск.

Повышению качества медицинского обслуживания населения будет способствовать и расширение подготовки врачей тех специальностей, в которых ощущается нехватка. Речь идет о врачах-педиатрах, стоматологах, провизорах. Предусматривается открытие новых факультетов по этим специальностям, а также двух новых фармацевтических вузов — в РСФСР и Казахской ССР. Намечается расширение подготовки и среднего медицинского персонала, главным образом путем открытия новых училищ в развивающихся городах и городах-новостройках.

Большое внимание в постановлении уделяется повышению квалификации специалистов. Принято решение, чтобы каждый врач и провизор без исключения один раз в пять лет проходил курсы повышения квалификации в институтах усовершенствования

вания врачей или на специальных факультетах усовершенствования врачей медицинских и фармацевтических вузов. Для обеспечения этой работы в полном объеме организованы два новых института для усовершенствования врачей — в Пензе и Иркутске, и будет открыт еще один в Перми. Кроме того, будут организованы новые факультеты повышения квалификации при медицинских вузах, а также расширены существующие.

Для повышения квалификации средних медицинских работников намечено создать в течение 1979—1981 гг. на базе действующих медицинских училищ 20 новых, которые будут специально заниматься повышением квалификации средних медицинских и фармацевтических работников.

В целях поощрения врачей амбулаторий, врачебных участков, поликлиник, родильных домов, больниц и других лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений здравоохранения Указом Президиума Верховного Совета СССР от 25 октября 1977 года установлено почетное звание «Народный врач СССР», которого удостоиваются те, кто внес большой вклад в развитие народного здравоохранения, проявил особое профессиональное мастерство, высокие моральные качества и самоотверженность в своей профессиональной деятельности.

Бесплатность и общедоступность медицинской помощи, большое внимание государства к здоровью народа сыграли решающую роль в формировании советского врача как бескорыстного труженика, активного участника коммунистического строительства. Советский врач стал подлинным слугой народа.

Как одну из основных задач постановление рассматривает дальнейшее укрепление педиатрической службы. Продолжается строительство новых детских больниц, открытие отделений в районных больницах. При этом обращено внимание на больницы и отделения для недоношенных и больных новорожденных и детей с заболеваниями органов дыхания. Речь идет об улучшении оснащения их современным оборудованием и аппаратурой.

Наряду с разукрупнением терапевтических участков будет осуществлено повсеместно и разукрупнение педиатрических участков. В 1980—1981 гг. численность детей, обслуживаемых одним участковым врачом-педиатром, составит не более 800. Это, несомненно, даст возможность усилить контроль за здоровьем каждого ребенка, особенно детей до года, что позволит увеличить индекс здоровья, сократить заболеваемость и охватить диспансерным наблюдением всех проживающих на участке.

В целях формирования здорового, физически крепкого подрастающего поколения намечены меры и по улучшению медицинской помощи детям дошкольного и школьного возраста.

Для создания более благоприятных условий работы стационаров и лечения больных Партия и Правительство сочли необходимым повысить расходы на питание, приобретение медикаментов и перевязочных средств в родильных домах, детских, областных, онкологических больницах и других специализированных учреждениях.

В постановлении определены перспективы дальнейшего развития медицинской науки и организации научно-исследовательских работ. Особое внимание обращено на проблемы педиатрии, на необходимость усиления исследований по предупреждению заболеваемости среди детей и матерей, по совершенствованию методов закаливания организма ребенка, по научным основам организации акушерско-гинекологической и педиатрической помощи. Для координации всей научной работы, направленной на укрепление здоровья матери и ребенка, в Москве на базе Всесоюзного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии организован Всесоюзный научно-исследовательский центр.

Живая, повседневная связь с наукой, использование ее современных достижений в практической деятельности медицинских учреждений является одной из характерных особенностей советского здравоохранения. Генеральный секретарь ЦК КПСС тов. Л. И. Брежнев отмечал, что «Научный поиск и непосредственная забота о благе человека в его повседневной жизни теснее всего переплетаются, пожалуй, в медицине, в здравоохранении»¹.

Постановление Партии и Правительства наметило действенные меры по дальнейшему развитию всей медицинской службы, что, несомненно, будет способствовать укреплению здоровья советского человека, создаст условия для его физического совершенства и всестороннего развития.

Новые гуманные принципы советского здравоохранения, отраженные в постановлении Партии и Правительства, в равной степени становятся достоянием всех народов и народностей нашей страны, всех союзных и автономных республик, краев, областей и округов.

¹ «Правда», 15 июня 1974 г.

Наивысшая степень гуманизма советского здравоохранения, выраженного в широкой доступности медицинской помощи всему населению, снискала ему высокий международный авторитет.

Подготовка к XXVI съезду КПСС, несомненно, станет могучим рычагом, новым стимулом для дальнейшего подъема советского здравоохранения и медицинской науки.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК [616.33+616.342]—002.44—035—089

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И. А. Салихов, Д. М. Красильников, В. В. Федоров

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Из 259 пациентов с язвенной болезнью, подвергшихся хирургическому лечению, 189 (73%) были прооперированы по абсолютным показаниям (перфорации, стенозирование, малигнизация), 29 (11,2%)— по условно абсолютным (профузные кровотечения, каллезные и пенетрирующие язвы) и 41 (15,8%)— по относительным. По поводу язвы желудка произведено 48 операций и по поводу язвы двенадцатиперстной кишки— 211. По относительным показаниям оперированы больные с длительным язвенным анамнезом при безуспешности консервативной терапии и значительной утрате трудоспособности. Тип операции определялся особенностями клиники, характером секреторных, моторно-эвакуаторных нарушений и морфологических изменений в слизистой оболочке желудка.

Радикальным операциям подверглись 80,55% больных, остальные— паллиативным (ушивание язвы при ее перфорации). Общая послеоперационная летальность составила 1,4%. Послеоперационные осложнения возникли у 3,5% больных. Строгое соблюдение показаний к операции позволяет заметно улучшить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения больных язвенной болезнью.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение, показания.

3 таблицы. Библиография: 10 названий.

Прошедшие годы были периодом заметного прогресса хирургии, в частности хирургии желудка. Существенно изменились представления о показаниях к хирургическому лечению и выборе метода оперативного вмешательства. На основе изучения патофизиологии язвенной болезни предложен ряд новых методов хирургического лечения этого широко распространенного заболевания: селективная проксимальная ваготомия, ваготомия с дренирующими операциями или в сочетании с экономной резекцией желудка. Усовершенствована техника оперативных вмешательств на желудке.

Но все-таки надо отметить, что и до настоящего времени вопросы о показаниях к хирургическому лечению и выбору метода операции разрешены неполностью. Хирурги в своей практической работе не всегда строго определяют показания к операции.

Современные представления о патогенезе язвенной болезни диктуют необходимость комплексного и прежде всего терапевтического лечения. Оперативное вмешательство следует рассматривать лишь как звено в цепи комплексной терапии язвенной болезни.

Н. Н. Петров (1941), резюмируя показания к операции, писал: «мы должны оперировать только тех, кто утратил свою трудоспособность из-за болезни, тогда мы несомненно не умножим, а понизим количество инвалидов».

В наши дни в клинике Мэйо (США) хирургическому лечению подвергается до 15% больных язвенной болезнью. Джад (1971), работающий в этой клинике, считает, что при язвенной болезни в первую очередь необходимо настойчивое консервативное лечение с учетом особенностей организма больного и возможных отклонений со стороны других органов и систем. В противном случае операция, выполненная без учета строгих показаний, может явиться источником возникновения ряда патологических синдромов, нередко протекающих тяжелее самой язвенной болезни.

Важность уточнения показаний к операции у больных язвенной болезнью обусловлена следующими обстоятельствами. В СССР ежегодно заболевают язвенной болезнью примерно 500 тысяч человек, чаще мужчины и преимущественно с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, и каждый год проводится 60 тысяч операций по поводу язвенной болезни и ее осложнений [5, 6]. Значительное число больных приходится на возраст 20—40 лет. Соотношение плановых и экстренных операций составляет 1,4 : 1,0, что нельзя считать нормальным [5]. Операции надлежит чаще выполнять в плановом порядке — это будет способствовать предупреждению осложнений.

Мы в своей практической деятельности подразделяем показания к операции на абсолютные, условно абсолютные и относительные, как было рекомендовано еще Е. Л. Березовым (1956). При этом необходимо учитывать особенности клинической картины и течения заболевания у каждого отдельного больного, продолжительность и частоту обострений, характер и длительность ремиссий, факторы, способствующие рецидиву болей. Если под влиянием комплексной терапии язва желудка, согласно данным повторных рентгенологического и гастроскопического исследований, не исчезнет и даже не уменьшится в течение 6—8 нед, то показано оперативное лечение. При подозрении на малигнизацию желудочной язвы неоценимую диагностическую помощь оказывает гастроброскопия с прицельной биопсией из различных участков язвы. При стенозе привратника у некоторых больных с обострением язвенной болезни приходится дифференцировать органический стеноз от функционального пилороспазма. Если же диагноз органического стеноза не вызывает сомнений, то даже компенсированные формы следует рассматривать как абсолютное показание к операции, так как дальнейшее рубцевание язвы обуславливает еще большее стенозирование, а истощение моторной функции ведет к декомпенсации [1а, б, 2, 7].

До настоящего времени дискутируется вопрос о показаниях к операции и моменте ее выполнения при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Ю. Ю. Джанелидзе (1933) писал: «... всякий больной с желудочно-дуоденальным кровотечением без промедления должен быть направлен в хирургическое отделение и рассматриваться как субъект, жизни которого угрожает непосредственная опасность». Оперативное лечение срочно показано только при неостанавливающемся, повторяющемся профузном кровотечении. Нет сомнения, что остановка кровотечения консервативными средствами и последующая терапия, направленная на устранение кровопотери, нарушений обменных и окислительно-восстановительных процессов, позволяют с меньшим риском и большей эффективностью произвести операцию в более выгодных условиях, в так называемом холодном периоде [4]. Наиболее приемлемой является активно-выжидательная тактика хирурга при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии. При повторных кровотечениях больных оперируют, не выписывая из стационара, после соответствующей подготовки к операции и полноценного обследования.

Нередко гастродуоденальное кровотечение является первым признаком язвенной болезни или возникает после длительной ремиссии. В этих случаях операция не показана. По данным различных авторов, только у $\frac{1}{3}$ больных после первого кровотечения отмечаются рецидивы на протяжении 5 лет. Лишь части больных этой группы в дальнейшем может потребоваться оперативное лечение [2, 7, 9].

Весьма разноречив вопрос о показаниях к операции при пенетрирующих и больших каллезных язвах. По данным подавляющего большинства хирургов и нашим клиническим наблюдениям, пенетрирующие и большие каллезные язвы не заживают, нередко подвергаются перерождению, а однажды возникшее профузное кровотечение повторяется [1а, б, 2]. Каллезные язвы весьма часто осложняются пенетрацией, воспалительным инфильтратом, кровотечениями.

Если при абсолютных показаниях обязательность оперативного вмешательства признается всеми, то в вопросе о необходимости хирургического лечения по относительным показаниям такого единогласия нет. Отказ от операции по относительным показаниям мы считаем неправильным, ибо в таких случаях многие больные становятся жертвами осложнений, при которых операция технически сложна, порой опасна и нерадикальна. При проведении оперативного вмешательства по относительным показаниям в плановом порядке вероятность развития осложнений, чреватых весьма серьезными последствиями, уменьшается. Это становится возможным в условиях внедрения в клиническую практику различных видов ваготомий с дренирующими желудок операциями и ограниченного применения классической резекции желудка у больных с неосложненным течением язвенной болезни. Однако при относительных показаниях хирурги и терапевты должны индивидуально устанавливать сроки и необходимость операции, руководствуясь степенью выраженности общих и местных изменений. С

этой точки зрения следует считать противопоказанным оперативное лечение при так называемой «язвенной болезни без язвы», неосложненных детских и юношеских язвах и особенно у больных с выраженными психоневротическими наклонностями, так как при этом оперативное вмешательство не только не дает желаемого эффекта, но нередко ухудшает состояние больных и приводит впоследствии к одному из вариантов болезни оперированного желудка. У больных с неосложненным течением язвенной болезни операция допустима лишь при регулярных и тяжело протекающих сезонных обострениях с увеличением их продолжительности несмотря на настойчивое стационарное и санаторно-курортное лечение.

С 1973 по 1977 г. в нашей клинике подверглись оперативному лечению по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнений 259 больных (см. табл. 1).

Таблица 1

Данные о возрасте, половом составе больных и локализации язвы

Локализация язвы	Пол	Возраст			
		18—30 лет	30—50 лет	50—60 лет	60 лет и старше
В желудке	Ж.	4	10	4	2
	М.	1	18	7	2
В двенадцатиперстной кишке	Ж.	8	22	8	3
	М.	36	102	24	8
Всего		49	152	43	15

У большинства оперированных была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Преобладали лица молодого и среднего возраста: 58,7% составили больные от 30 до 50 лет. Распределение пациентов по показаниям к оперативному лечению представлено в табл. 2.

Таблица 2

Показания к операции при язвенной болезни

Показания	Клиническое течение	Число операций	
		абс.	%
Абсолютные	Перфорация язвы Малигнизация Стенозы и деформации	189	73
Условно абсолютные	Профузные кровотечения Большие каллезные и пенетрирующие язвы	29	11,2
Относительные	Безуспешность стационарного и санаторно-курортного лечения, упорный болевой синдром, частые обострения, длительная потеря трудоспособности (при язве желудка — до 1 года, при язве двенадцатиперстной кишки — до 2—3 лет)	41	15,8
Всего		259	100

Наиболее частым осложнением, требующим оперативного вмешательства, являются стенозы: мы наблюдали их у 111 больных (43% всех оперированных). К сожалению, многие больные поступают на оперативное лечение несвоевременно, их следовало бы передавать под наблюдение хирурга значительно раньше. При запущенных язвах, осложненных значительными деформациями и рубцово-спаечными изменениями, резко возрастают длительность вмешательства, его шокогенность и опасность смертельного исхода. Ввиду перфорации язв оперировано 62 (23,9%) больных. Послеоперационная летальность составила 5,4%. 16 больных (6,2%) оперированы по поводу язвы с малигнизацией.

21 операция произведена в связи с профузным гастродуоденальным кровотечением, которое не удалось остановить, несмотря на интенсивно проводимую гемостатическую терапию. Послеоперационная летальность достигла 9,5%. 8 больных подверглись операции по поводу больших каллезных язв желудка.

Группу больных, оперированных по относительным показаниям, составили лица, страдающие язвенной болезнью длительное время — от 4 до 35 лет. Большинство из них многократно подвергались стационарному и санаторно-курортному лечению. В последнее время у них отмечались частые обострения с выраженным болевым синдромом и длительной потерей трудоспособности. У 32 больных на операции выявлена пенетрация язв в поджелудочную железу, перипроцесс.

Таблица 3

Виды оперативных вмешательств

Операция	Число больных	
	абс.	%
Гастрэктомия	5	1,9
Резекция $\frac{3}{4}$ желудка	18	7,9
Резекция $\frac{2}{3}$ желудка	119	46,0
Экономная резекция желудка	35	13,5
Ваготомия с экономной резекцией желудка	14	5,4
Ваготомия с дренирующими операциями	26	10,0
Ушивание язвы при перфорациях	42	16,2
Всего	259	100

Основное значение при выборе вида и объема операции (см. табл. 3) мы придавали функционально-морфологическим изменениям слизистой оболочки тела желудка. Для выявления степени поражения желудочных желез наряду с фракционным методом изучения секреции проводили внутрижелудочную pH-метрию и предоперационную гастробиопсию.

Послеоперационная летальность при плановых резекциях желудка составила 2,5%. После различных видов ваготомии с дренирующими желудок операциями или в сочетании с экономными резекциями легальных исходов не было.

Благодаря строгому соблюдению приведенных показаний к оперативному вмешательству при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нами достигнуто снижение частоты постгастрорезекционных

синдромов по сравнению с данными литературы. Мы обнаружили патологические синдромы после резекции желудка у 6,4% обследованных, из них двое оперированы повторно.

ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо проводить по четко выработанным показаниям.
2. В клинической практике оправдало себя деление показаний к хирургическому лечению при язвенной болезни на абсолютные, условно абсолютные и относительные.
3. Целесообразно расширить показания к оперативному лечению у больных с неосложненным течением язвенной болезни.
4. Наряду с оптимальным методом хирургического лечения правильные показания к нему являются профилактикой болезней оперированного желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. а) Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Горький, 1950; б) Вопросы хирургии желудка и пищевода. Горький, 1956.— 2. Березов Ю. Е., Ермолов А. С. Хирургия, 1977, 7.— 3. Джанелидзе Ю. Ю. Сов. хир., 1933, 1—3.— 4. Коломийченко М. И., Яцентюк М. Н., Чулаевский В. К. В кн.: Тез. конф. по курортному и хирургическому лечению язвенной болезни. Ставрополь, 1971.— 5. Кузин М. И. В кн.: Тез. всесоюз. конф. по органосохраняющим операциям (ваготомии) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1978.— 6. Масевич Ц. Г. В кн.: Тез. конф. по курортному и хирургическому лечению язвенной болезни. Ставрополь, 1971.— 7. Маят В. С., Панцырев Ю. М. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. М., Медицина, 1975.— 8. Петров Н. Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее хирургическое лечение. Л., Медгиз, 1941.— 9. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев, Здоров'я, 1972.— 10. Judd E. S. Surg. Clin N. Amer., 1971, 51, 843.

Поступила 9 февраля 1979 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСОРБЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*В. Ф. Богоявленский, В. С. Гирфанов, И. Г. Салихов,
Е. С. Марголин, Ш. А. Мухаметзянов, А. С. Нигматуллин*

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав. — проф. В. Ф. Богоявленский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, кафедра урологии (зав. — доц. В. С. Гирфанов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, 4-я горбольница г. Набережные Челны (главврач — И. К. Ишкинцев)

Реферат. Представлены результаты лечения больных с экзогенными и эндогенными интоксикациями методом гемосорбции. Эффективность и безопасность этого способа очищения крови от токсических веществ позволяют расширить показания к его применению.

Ключевые слова: гемосорбция.

Библиография: 3 названия.

В последнее время в лечении ряда экзо- и эндогенных интоксикаций с успехом стали применять гемосорбцию — очищение крови от токсических веществ с помощью экстракорпоральной перфузии через активированный уголь или синтетические сорбенты. Данные литературы свидетельствуют о высокой эффективности этого метода в токсикологии [2] и при лечении печеночной недостаточности различной этиологии [1].

Нами была применена гемосорбция у 31 больного с экзо- и эндогенными интоксикациями: у 8 с отравлением барбитуратами и их производными, у 7 с отравлением фосфорорганическими соединениями, у 4 с алкогольным делирием, у 9 с острой печеночно-почечной недостаточностью различной этиологии и у 3 с астматическим статусом. Всего проведено 75 сеансов гемосорбции. В качестве сорбентов использовали угли марок СКТ-6а, БАУ, СКН-90, КАУ.

Подключение колонки производили с помощью артерио-венозного шунта. Перфузию крови осуществляли роликовым насосом со скоростью 100 мл в 1 мин. Для покрытия угля использовали гепаринизированную кровь больного.

Во время гемосорбции у большинства больных незначительно снижалось АД; коллаптоидных реакций не отмечено. У 5 больных констатировано повышение АД, которое сохранялось в течение всей сорбции, в связи с чем пришлось 2 из них назначить гипотензивные средства. В группе больных, у которых сорбция проводилась с использованием угля марок БАУ и СКТ-6а, у 8 спустя 1—2 ч после нее возникла пирогенная реакция, которую удалось купировать введением анальгина и димедрола.

Несколько раз наблюдалось прекращение перфузии крови через колонку (обычно на 10—15-й мин), что могло быть вызвано двумя причинами: тромбозом колонки или слеживанием угля. При промывании таких колонок уголь оказывался настолько уплотненным, что его трудно было удалить; тромбов же не обнаруживалось. Чаще всего оно встречалось при работе с углями БАУ и СКТ-6а.

У всех больных, подвергавшихся лечению гемосорбцией, мы исследовали гематологические показатели. Анализ полученных данных не выявил существенного влияния сорбентов на состав крови. Было установлено лишь снижение числа тромбоцитов на 20—22% от исходного уровня и некоторое уменьшение содержания общего белка, не требующие коррекции. Белковый спектр сыворотки крови практически не изменялся. Наши выводы совпадают с данными других авторов [1, 3].

При исследовании токсичности сыворотки крови на парамеции нами обнаружен интересный факт. У больных с острой печеночно-почечной недостаточностью кровь на выходе из колонки оказывалась токсичнее крови, поступавшей в колонку, а у больных с острыми отравлениями токсичность сыворотки крови практически не менялась. Мы пока не можем найти убедительного объяснения этому факту.

Опыт лечения гемосорбцией больных с острой печеночно-почечной недостаточностью показал, что угли различных марок обладают неодинаковой способностью сорбировать метаболические продукты. Так, СКН-90, КАУ наиболее активно поглощают продукты азотистого обмена — мочевину, мочевую кислоту, креатинин; СКТ-6а адсорбирует также и билирубин. Поэтому при острой печеночно-почечной недостаточности в зависимости от выраженности печеночного или почечного компонента следует использовать различные угли. Отмечено также, что эффективность сорбции токсических

веществ находится в прямой зависимости от их исходной концентрации: чем выше их содержание в крови, тем большей степени очищения последней удастся достичь.

Целесообразность применения в качестве сорбента угля БАУ в лечении этой группы больных представляется нам сомнительной — не установлено его влияния на содержание мочевины, билирубина.

Снятие эндогенной интоксикации приводило к значительному улучшению состояния всех больных с острой печеночно-почечной недостаточностью: у них уменьшалась слабость, сонливость, появлялся аппетит, постепенно исчезала желтуха, восстанавливался диурез, сокращались размеры печени, нормализовался биохимический состав крови.

Гемосорбцию углями БАУ, СКТ-6а мы применяли и в токсикогенной фазе острых отравлений барбитуратами, ФОС, суррогатами алкоголя с целью удаления яда из крови. Как показали сравнительные исследования, при отравлениях барбитуратами гемосорбция проявляет более выраженный детоксикационный эффект, чем гемодиализ.

При значительной гипотензии, как правило, не удается провести ранний гемодиализ. Меж тем нам удалось успешно осуществить у таких больных гемосорбцию, предварительно обработав уголь раствором норадреналина.

При лечении отравлений фосфорорганическими соединениями (хлорофосом, тиофосом) получен кратковременный детоксикационный эффект.

Гемосорбция всегда эффективна при алкогольных делириях и при делириях, развившихся на 2—3-и сутки у больных с отравлением ФОС (3 наблюдения).

Детоксикационная гемосорбция во время астматического статуса приводила к его купированию через 10—20 мин. К концу сорбции (40—60 мин) у больных вновь появлялся бронхоспазм, который легко снимался обычными бронхолитиками. Следовательно, гемосорбция может рассматриваться как метод купирования астматического состояния. Итак, метод лечения гемосорбцией относительно прост и безопасен для больных. В сочетании с другими лечебными мероприятиями гемосорбция может быть с успехом применена при отравлениях, острой печеночно-почечной недостаточности различной этиологии, интоксикационных психозах, астматическом статусе. Так как угли различных марок обладают неодинаковой сорбционной способностью, большое значение имеет дифференцированный их выбор.

Гемосорбция является перспективным видом лечения, но для широкого внедрения в клиническую практику требуется совместная научно-исследовательская работа химиков и медиков для создания более селективных углей. Дальнейшее расширение показаний к гемосорбции находится в зависимости от наличия в руках врача патогенетически достоверных тестов интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопухин Ю. М., Молоденков М. Н. Гемосорбция. Медицина, М., 1978.
2. Лужников Е. А., Ярославский А. А., Бектимиров Р. А. В сб.: Сорбционная детоксикация в клинической практике. М., 1979, 4—18.
3. Hagstam K. E. et al. Acta med. Scand., 1966, 180, 17.

Поступила 4 марта 1980 г.

УДК 616.3—003.6—089.878

ТАКТИКА НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Р. Ш. Шаймарданов, В. Н. Коробков

Курс неотложной хирургии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина (зав. — проф. О. С. Кочнев) на базе 5-й горбольницы (главврач — В. М. Айзенман)

Реферат. Обобщен опыт лечения 26 больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта различного вида. Предложена классификация инородных тел с учетом клинических проявлений. Разработаны практические рекомендации согласно предложенной классификации.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, инородные тела, классификация, лечение.

Библиография: 1 название.

Вопрос об инородных телах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) до настоящего времени не получил достаточного освещения в литературе. Так, не все авторы едины в том, что следует рассматривать как инородное тело ЖКТ. Б. Ф. Огнов (1931),

Ю. М. Лозовский (1956) к инородным телам относят предметы, которые не поддаются физиологическому воздействию пищеварительных желез, т. е. не перевариваются. Поэтому они считают инородными телами желчные, каловые и другие кишечные камни. Можно утверждать, что в ЖКТ постоянно имеются инородные тела, такие, как мелкие кости рыб и животных, семена и косточки плодов и ягод, зерна злаков и т. п., которые проходят через ЖКТ, практически не перевариваясь, но и не вызывая каких-либо расстройств. Клинициста интересуют инородные тела, пребывание которых в пищеварительном тракте потенциально опасно. Именно такие инородные тела являются объектом изучения для хирургов.

Предложено много классификаций инородных тел ЖКТ, в основу которых положены различные факторы. Практически приемлемой, на наш взгляд, является классификация Гулордава и соавт. (1969), учитывающая степень опасности инородных тел для здоровья. Согласно этой классификации различают: 1) инородные тела, самопроизвольная эвакуация которых возможна (предметы с гладкими контурами длиной не более 10 см и шириной 2,5—3 см); 2) инородные тела, самопроизвольная эвакуация которых сомнительна (незаостренные предметы длиной 10—15 см, а также все предметы с заостренными концами и зазубренными краями, длина которых не превышает 15 см); 3) инородные тела, самопроизвольная эвакуация которых невозможна (предметы длиной более 15 см, конгломераты инородных тел и безоары).

Эта классификация проста и приемлема в клинической практике, но в ней, как и в других классификациях, не принимается во внимание клиническое течение этого патологического состояния. Между тем, как показал опыт, учет клинических проявлений прохождения инородного тела ЖКТ совершенно необходим.

Клинические проявления мы делим на 3 группы: 1) бессимптомное течение, 2) болевой синдром при отсутствии объективных клинических признаков; 3) болевой синдром и отчетливая, объективно выраженная клиническая симптоматика.

С 1970 по 1977 г. в клинику неотложной хирургии Казанского ГИДУВа поступило 26 больных с инородными телами ЖКТ. Из 6 больных, составивших 1-ю группу согласно классификации Гулордава, 3 не были госпитализированы. У 2 из них инородными телами ЖКТ были монеты, у 1 — металлический шарик; у всех троих никаких клинических проявлений не было. У 2 больных инородные тела (металлический шарик и монета) отошли самостоятельно через 2 дня, у одного — через 3 дня. Остальные трое больных госпитализированы в стационар. Инородными телами у них были металлический шуруп, откусенный конец термометра с ртутным наконечником и монета. Все они отошли самостоятельно естественным путем без каких-либо клинических проявлений. Всю эту группу больных составляли дети. На наш взгляд, если нет клинических проявлений, 1-я группа больных за редким исключением (ртуть) в госпитализации не нуждается.

Во 2-ю группу вошли 13 больных. У 12 из них инородными телами были швейные иглы, а у 1 — металлический гвоздь. 5 пациентов оперированы, у 8 инородные тела отошли самостоятельно. Сроки эвакуации игловок составили от 4 до 11 дней. Так как именно эта группа больных является спорной в отношении хирургической тактики и сроков наблюдения, приводим выписку из одной истории болезни.

И., 18 лет, поступила 18/IV 1970 г. Со слов больной, она случайно проглотила швейную иглу, которую держала в зубах. Никаких жалоб не предъявляет. При обзорной рентгенографии живота в проекции желудка видна швейная игла. За все время динамического наблюдения с рентгенологическим контролем никаких клинических проявлений не было. С 3 по 5-й день игла находилась в проекции 2-го поясничного позвонка без продвижения; отошла самостоятельно на 11-е сут.

Мы пришли к выводу, что у больных этой группы при наличии продвижения инородных тел и отсутствии клинических проявлений можно ограничиться динамическим наблюдением в течение 10—12 дней. В эти сроки инородные тела обычно отходят естественным путем.

У оперированных больных в этой группе основным показанием к хирургическому вмешательству было прекращение продвижения инородного тела по ЖКТ или появление клинической симптоматики. Больные оперированы в сроки от 5 до 19 дней со дня поступления. Приводим одно клиническое наблюдение.

Г., 16 лет, поступила 20/XI 1974 г. В день поступления случайно проглотила швейную иглу. При поступлении жалоб нет. На обзорной рентгенограмме в проекции желудка видна швейная игла. Через 2 дня появились умеренные боли в эпигастриальной области. При рентгенологическом контроле продвижения иглы не наблюдается. Больная оперирована 22/XI. Оказалось, что игла находится в салниковой сумке, прободает мезоколон и острым концом упирается в корень мезоколон. Места прокола в стенке желудка или каких-либо инфильтративных изменений не обнаружено.

У 4 больных этой группы игла находилась в свободной брюшной полости, в том числе у 3 — в салниковой сумке. Четвертая больная поступила в клинику с диагнозом острого холецистита, осложненного механической желтухой. После купирования острого приступа и обследования больная оперирована по поводу холелитиаза. На рентгенограммах брюшной полости в области левого крыла подвздошной кости определяется инородное тело. Во время холецистэктомии из брыжейки сигмы удалена швейная игла черного цвета, легко крошащаяся между пальцами. Больная не помнит, когда, при каких обстоятельствах проглотила иглу, последняя ничем себя не проявляла.

3-ю группу составили 7 больных. Все они доставлены из психиатрического стационара. Один из них поступил 5-й раз, ранее четырежды оперирован по поводу инородных тел ЖКТ. Инородными телами у больных этой группы были черенки от алюминиевых ложек, градусники, кусочки проволоки, крючки от сеток кроватей, кусочки клеенки и тканей. У 3 больных отмечено бессимптомное течение, у 4 наблюдались клинические проявления: у 3 — спастические боли в животе и у 1 — явления кишечной непроходимости. Все больные этой группы оперированы. Сроки операций — от 1 до 8 дней со дня поступления. Только одна больная оперирована по экстренным показаниям, так как у нее была диагностирована высокая кишечная непроходимость. Непроходимость создавал ущемленный кусок ткани и клеенки у трейцевой связки. У этой же больной имелись кусочки тканей в более низких отделах ЖКТ без признаков ущемления.

По нашим данным, даже конгломераты инородных тел имеют тенденцию к эвакуации, но полного отхождения их не отмечено. Несмотря на довольно длительную задержку (3—4 дня) инородных тел без продвижения в одном из отделов ЖКТ, перитонеальных осложнений не возникало.

На основании клинических наблюдений и анализа результатов оперативного лечения больных с инородными телами ЖКТ мы считаем целесообразным при определении показаний к консервативному и оперативному лечению придерживаться классификации Ш. А. Гулордава и А. И. Кафкина (1969) с учетом клинических проявлений прохождения инородных тел по ЖКТ.

1. Инородные тела, отхождение которых вероятно: а) с клинической симптоматикой, б) без клинической симптоматики.

2. Инородные тела, вероятность прохождения которых сомнительна:

а) без клинических проявлений,

б) с клиническими проявлениями.

3. Инородные тела, самопроизвольная эвакуация которых исключена:

а) без клинических проявлений,

б) с клиническими проявлениями.

Больных с инородными телами длиной не более 8—10 см и с гладкой поверхностью, если нет клинических проявлений, можно не госпитализировать, но они нуждаются во врачебном наблюдении в амбулаторных условиях с обязательным рентгенологическим контролем через 2—3 дня. При наличии клинической симптоматики больных этой группы необходимо госпитализировать.

Больные с инородными телами ЖКТ длиной более 10 см и с гладкой поверхностью, с инородными телами с заостренным концом или зазубренными краями длиной менее 10 см подлежат обязательной госпитализации с динамическим наблюдением и рентгенологическим контролем. Показаниями к операции у больных этой группы служит появление признаков осложнения в брюшной полости и отсутствие продвижения инородного тела в течение 3—4 дней.

Больных с инородными телами длиной более 15 см, конгломератами инородных тел и безоарами, которые, как правило, самостоятельно не отходят, следует оперировать без длительного наблюдения. В этой группе экстренному хирургическому лечению подлежат больные с клиническими проявлениями (боли, симптомы кишечной непроходимости, перитонеальные явления).

ЛИТЕРАТУРА

Гулордава Ш. А., Кафкин А. И. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Таллин, 1969.

Поступила 20 июня 1978 г.

ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КИШЕЧНИКА

В. П. Ужва

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. М. З. Сигал) и кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—проф. Ф. Ш. Шарафисламов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Представлены результаты трансиллюминационного ангиологического исследования пораженного кишечника у больных при остром послеоперационном некротическом ишемическом энтероколите гипотензивного генеза. Приведены образцы трансиллюминационных ангиограмм.

Ключевые слова: послеоперационный некротический ишемический энтероколит, ангиологическое трансиллюминационное исследование.

8 иллюстраций. Библиография: 2 названия.

В настоящей работе приводятся описания ангиоскопических (-графических) картин при остром некротическом ишемическом послеоперационном энтероколите, наблюдавшемся в клинике (за 20 лет — 19 больных) и воспроизведенном экспериментально.

Методика исследования состояла в трансиллюминации пораженного кишечника по способу М. З. Сигала (1974), в сопоставлении видимых картин с данными макроскопического и микроскопического исследования. В клинике во время операции у 3 больных, у которых в последующем развился некротический энтероколит, произведены измерения кровяного давления в интрамуральных сосудах кишечника.

Экспериментальную модель острого некротического послеоперационного энтероколита мы воспроизводили на собаках путем внутривенного введения 0,1% раствора арфонада в дозе 0,001345 г/кг. Замеры давления в интрамуральных сосудах подслизистого слоя кишечника проводили по методу З. М. Сигала (1974). При этом АД в сосудах подслизистого слоя кишечника колебалось от 1,05 до 3,75 кПа (7,89—28,07 мм рт. ст.), минимальное — от 0,99 до 2,86 кПа (7,46—21,5 мм рт. ст.) и венозное — от 0,46 до 1,9 кПа (3,35—14,32 мм рт. ст.). При такой гипотонии давление в интрамуральных сосудах не восстанавливалось ни спонтанно, ни после введения мезатона. Все собаки, подвергнутые искусственной гипотензии, погибли, а 3 забиты на сроке 2,5; 7 и 14 сут после опыта. Гибель животных после опытов наблюдалась через 15 ч — 8 сут. Во всех наблюдениях гистологически установлен некроз слизистой тонкого или толстого кишечника. Серозный покров кишки выглядел интактным.

В проходящем свете обнаруживались затенения различной формы, протяженности и интенсивности. Выявлялись сосуды, принадлежащие разным слоям кишечной стенки: слизистого, подслизистого, мышечного слоя и серозной оболочке. По этим картинам можно было судить о взаимных отношениях теневых очагов и элементов сосудистой интрамуральной сети. Определялись солитарные фолликулы и пейеровы бляшки. При проникающих некрозах слизистой очаги поражения выглядели более светлыми.

Из 19 больных с острым некротическим ишемическим энтероколитом 5 погибли после резекции желудка, 2 — после гастрэктомии, 1 — после пробной лапаротомии, 1 — после пробной торакотомии, 2 — после гастростомии, 1 — после экстирпации пищевода по Тореку с одномоментной пластикой правой половиной толстой кишки, 1 — после резекции нижнегрудного отдела пищевода и проксимального отдела желудка с наложением внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза с сопутствующей спленэктомией и резекцией хвоста поджелудочной железы, 1 — после эзофагогастрэктомии с одномоментной пластикой пищевода по Ру — Герцену, 2 — после резекции пищевода с одномоментной внутриплевральной пластикой желудком, 1 — после гастрэктомии с резекцией абдоминального отрезка пищевода, 1 — после спленопанкреатогастрэктомии с резекцией квадратной доли печени, 1 — после пилорэктомии.

На рис. 1 представлена ангиограмма участка тощей кишки больного, перенесшего резекцию пищевода с одномоментной пластикой тонкой кишки по Ру — Герцену. Во время операции системное АД снижалось до 6,6/4 кПа (50/30 мм рт. ст.), а в ближайшем послеоперационном периоде — до 8/5,3 кПа (60/40 мм рт. ст.). Больной погиб на 3-и сутки после операции. Интрамуральные отрезки прямых сосудов подслизистого слоя тощей кишки содержат внутрисосудистые тромбы, вены расширены, местами видны прилежащие к ним четкообразные затенения. Изображения некоторых

боковых ветвей прерваны. Имеются округлой формы мелкие, с неровными контурами затенения, наслаивающиеся на сосуды слизистой. Контурируется множество просветлений, соответствующих скоплениям воздуха. На аутопсии обнаружен некроз трансплантата и слизистой тощей кишки на протяжении 20 см.

Местами интрамуральные сосуды (рис. 2) в стенке толстой кишки не определяются, видны лишь сохранившиеся фрагменты внутристеночных ветвей, обширные

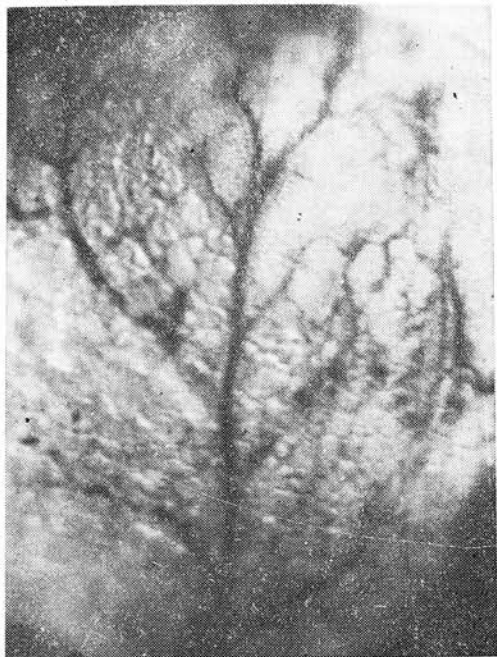


Рис. 1. Транслюминационная ангиограмма участка тощей кишки больного с некротическим энтеритом, перенесшего выраженную гипотензию во время операции и в послеоперационном периоде.



Рис. 2. Транслюминационная ангиограмма участка толстой кишки больного с некротическим энтероколитом, перенесшего выраженную гипотензию во время операции и в послеоперационном периоде.

светлые поля, соответствующие изъязвлениям, и множественные затенения неправильной формы. К сосудам подслизистого слоя прилежат широкие темные полосы, соответствующие геморрагической имбиции. На фоне менее интенсивных темных полей определяется решетчатый рисунок сосудов мышечного слоя. Сосуды слизистой, в виде прилежащих друг к другу кольцевидных ободков, окружены затенениями.

Судя по транслюминационным ангиограммам при экспериментальном гипотоническом ишемическом энтероколите, в процесс вовлекаются слизистая оболочка, подслизистые и отчасти мышечные слои. На ангиограммах видны темные картины, отражающие различные элементы повреждений слизистой и других слоев (рис. 3, 4).



Рис. 3. Транслюминационная ангиограмма участка толстой кишки собаки при экспериментальном гипотоническом ишемическом энтероколите.



Рис. 4. Транслюминационная ангиограмма тонкой кишки собаки при экспериментальном гипотоническом ишемическом энтероколите.

Изменения со стороны слизистой связаны с кольцевидными теновыми ободками неправильной формы и интенсивности. Картины, связанные со слизистой и подслизистым слоем, в трансллюминационном изображении сочетаются. В этих случаях в отдельных участках наряду с изображением продольных и поперечных складок видны уже описанные изменения со стороны сосудов слизистой оболочки.

В участках толстой и тонкой кишки, где определяются сосуды слизистой оболочки, видно множество крапчатых теновых элементов и линейные затенения, окружающие сосуды слизистой. Характерными являются продольно расположенные широкие теновые полосы, соответствующие складкам кишки (рис. 5). На разрезанной кишке они видны и в отраженном свете. В других отделах такие широкие затененные полосы располагаются и в поперечном направлении, образуя вместе с ориентированными по оси кишки затенениями решетчатый рисунок (рис. 6).

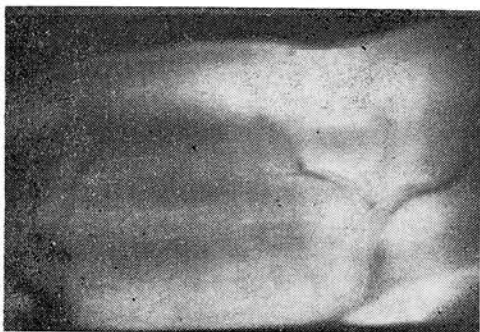


Рис. 5. Трансллюминационная ангиограмма участка толстой кишки собаки при экспериментальном гипотоническом ишемическом энтероколите. Темные полосы — зоны некроза.

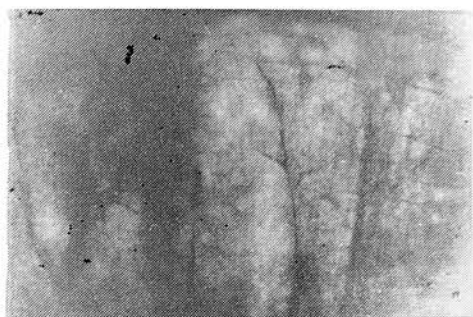


Рис. 6. Трансллюминационная ангиограмма толстой кишки собаки при экспериментальном гипотоническом ишемическом энтероколите. Затененные поля — зоны некроза.

В сохранившихся сосудах подслизистого слоя выявляются четковидные расширения и суженные участки, дилатация вен, внутрисосудистые тромбы. Вырисовываются отдельные фрагменты сохранных сосудов.

Сохранившиеся пейеровы бляшки (рис. 7) и солитарные фолликулы в одних участках представляются в виде интенсивно затененных округлой формы образований. Обнаруживаются на фоне светлых лимфоидных фолликулов неправильной формы темные включения (рис. 8). В целом стенка кишки в трансллюминационном изо-



Рис. 7. Трансллюминационная ангиограмма тонкой кишки собаки при экспериментальном гипотоническом ишемическом энтероколите. Затененные очаги в пейеровой бляшке — зоны некроза.



Рис. 8. Трансллюминационная ангиограмма толстой кишки собаки при экспериментальном гипотоническом ишемическом энтероколите. На фоне светлых лимфоидных фолликулов — темные включения.

бражении выглядит пестрой. Макро-, микроскопические и трансллюминационные сопоставления свидетельствуют, что затененные участки соответствуют зонам некроза до отторжения измененных тканей, геморрагической имбиции, сочетающейся с отеком. Глубина некроза, сопутствующие ему изменения определяют большое многообразие видимых картин.

Таким образом, нарушения гемоциркуляции проявляются ангиографически в нарушениях целостности сосудов соответствующего слоя, в венозном стазе, тромбозах. Постоянным элементом ангиограммы являются изменения, связанные с паравазальными экстравазатами и некротическими тканями. Гистологически обнаруживали некроз поверхностных слоев слизистой или тотальный некроз. Местами сохранялся эпителий в криптах, обнажались лимфоидные фолликулы, были видны изъязвления, отек подслизистого слоя, геморрагическая имбибиция.

Данные ангиоскопии (-графии) кишечника указывают, что при остром некротическом послеоперационном энтероколите развивается тяжелая сосудистая патология интрамурального русла кишки на обширном протяжении. В процесс вовлекается преимущественно слизистая оболочка. Определить состояние стенки при обычном осмотре не представляется возможным. Единственный шанс спасения больных с этой тяжелой патологией может дать резекция пораженной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал З. М. ДАН СССР, 1974, 3.— 2. Сигал М. З. Трансиллюминация при операциях на полых органах. М., Медицина, 1974.

Поступила 23 января 1979 г.

УДК 616.341—089.86:616.381—089.85—053.2

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ РЕЛАПАРОТОМИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ

Э. В. Ульрих, Ю. С. Беленький

*Кафедра детской хирургии (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. Г. А. Баиров) Ленинградского ордена Трудового Красного Знамени педиатрического медицинского института и кафедры детской хирургии (зав. — проф. А. П. Шапкина)
Владивостокского медицинского института*

Реферат. Описаны основные осложнения, возникшие после резекции тонкой кишки у 87 из 560 оперированных детей. При перитоните, развившемся вследствие расхождения швов анастомоза, предпочтительно выведение петли кишки, несущей анастомоз, на переднюю брюшную стенку. Основным оперативным приемом в случае развития обширного спаечного процесса в первые две недели после операции должно быть наложение энтеростомы на подлежащую к ране раздутую петлю кишки. При эвентрации необходимо неотложное оперативное лечение с применением разгрузочных нитей на апоневроз.

Ключевые слова: тонкокишечный анастомоз у детей, осложнения, релапаротомия.

Библиография: 5 названий.

Осложнения, возникающие после резекции кишки, нередко требуют релапаротомии. Практические результаты лечения больных, перенесших повторное вмешательство, нельзя считать удовлетворительными: летальность составляет от 13,3% до 52,3% [3, 4]. Исход зависит не столько от успешности лечения основного заболевания, сколько от мероприятий, предпринимаемых для ликвидации послеоперационных осложнений.

Мы поставили перед собой задачу выяснить характер и частоту осложнений, требующих экстренной реоперации, у больных, перенесших резекцию тонкой кишки, разобрать тактику хирурга при их возникновении и дать практические рекомендации.

В детских хирургических клиниках Ленинграда и Владивостока с 1957 по 1977 г. произведено 560 резекций тонкой кишки. У 87 пациентов (мальчиков — 56, девочек — 31) в раннем послеоперационном периоде развились осложнения, потребовавшие повторной лапаротомии. Среди этих больных было 34 новорожденных, 22 ребенка в возрасте от месяца до года, 6 — от 1 года до 3 лет, 20 — от 3 до 10 лет и 5 — старше 10 лет. Общая летальность составила 63,2%.

У 34 детей поводом к первой операции явилась врожденная кишечная непроходимость, у 14 — инвагинация, у 10 — спаечная непроходимость, у 8 — ущемленная грыжа, у 6 — заворот тонкой кишки, у 5 — травма тонкой кишки, у 3 — свищ

желчного протока, у 2 — тонкокишечный свищ и у 5 — прочие заболевания тонкой кишки.

Причиной экстренной релапаротомии были следующие осложнения: у 44 оперированных — несостоятельность кишечных анастомозов, у 28 — кишечная непроходимость, у 13 — эвентрация кишечника и у 2 — абсцесс в брюшной полости.

Несостоятельность швов анастомоза занимает ведущее место среди осложнений. К непосредственным причинам несостоятельности швов мы отнесли: 1) прогрессирование в послеоперационном периоде разлитого перитонита, явившегося следствием основного заболевания (у 11); 2) технические ошибки, допущенные при формировании анастомоза, включая «малые резекции» (у 10); 3) значительные трудности при оперативных вмешательствах у новорожденных и детей с сопутствующими заболеваниями и пороками развития (у 17); 4) понижение пластических функций организма недоношенных (у 6).

У 11 пациентов несостоятельность анастомоза обнаружена на секции; у 7 диагноз поставлен ввиду выделения кала из раны; у 9 несостоятельность анастомоза установлена до выполнения повторного вмешательства, причем у 5 подтверждена рентгенологически (наличие газа в брюшной полости); у остальных 17 больных источник послеоперационного перитонита был выявлен при релапаротомии. В последних случаях план хирургического вмешательства намечался непосредственно во время операции и не всегда был оптимальным, а иногда и ошибочным. Так, 11 больным произведено реанастомозирование, 5 — ушивание места несостоятельности швов анастомоза, одному наложена разгрузочная стома выше анастомоза.

Опыт показывает, что наложение кишечного шва при повторных вмешательствах, проводимых на фоне перитонита, как правило, обречено на неудачу, так как реоперация обычно проводится через сутки и более с момента развития осложнения. В этот период патологические изменения, развившиеся в брюшной полости, способствуют максимальному увеличению биологической проницаемости анастомоза, даже при первичной механической прочности его. Все 17 больных, которым проводилось реанастомозирование или ушивание несостоятельного анастомоза, погибли.

Оптимальным вариантом вмешательства при несостоятельности швов мы считаем резекцию петли, несущей анастомоз, и выведение дистальной и оральной петель на переднюю брюшную стенку через отдельные небольшие разрезы. Из 16 больных, у которых мы применили этот вариант вмешательства, выжило 8, несмотря на то, что все они оперированы через сутки и более после появления первых признаков осложнения.

Послеоперационная кишечная непроходимость была вторым по частоте осложнением (28 наблюдений). Наиболее типичной ошибкой при данном послеоперационном осложнении являлась неправильная оценка вида непроходимости, особенно в первые 3—6 дней после лапаротомии. Как правило, непроходимость у детей в эти сроки связывалась со спаечным процессом в брюшной полости (12). Однако при релапаротомии обнаруживали динамическую непроходимость (7).

Ретроспективный анализ показал, что до 1970 г. больным проводили недостаточно эффективную противопаретическую терапию: прозерин, внутривенное введение гипертонического раствора поваренной соли на фоне паранефральной блокады. Присоединение «механического» компонента при послеоперационном сплпчивом перитоните часто приводило к оперативному вмешательству. При релапаротомии механическая непроходимость не подтверждалась, но хирурги, проведя ревизию, накладывали энтеростому на одну из петель «тяжелой», плохо перистальтирующей тонкой кишки. После повторного вмешательства парез прогрессировал, и энтеростомы, как правило, не функционировала (5 наблюдений).

С введением в клинику метода продленной перидуральной анестезии и современной инфузионной терапии [2] течение послеоперационных парезов значительно улучшилось. При правильно спланированной антипаретической и дезинтоксикационной терапии моторная функция кишечника обычно восстанавливалась на 3—4-е сутки. Опыт показывает, что если в это время состояние больного продолжает оставаться тяжелым и пассаж по кишечнику не восстанавливается, следует думать о присоединении внутрибрюшного осложнения, поддерживающего парез (инфильтрат, абсцесс, прогрессирование перитонита), или наложении на парез механического компонента непроходимости за счет формирующихся спаек. Фибринозный характер спаек в этот период позволяет надеяться на ликвидацию непроходимости продолжением начатой терапии в течение 18—24 ч.

Хирургическое вмешательство по поводу непроходимости в первые 3—6 дней послеоперационного периода допустимо только тогда, когда непроходимость развилась

при отсутствии пареза или если спаячно-паретическая непроходимость не поддается консервативным методам лечения в течение 18—24 ч.

Во время хирургического вмешательства по поводу спаячно-паретической непроходимости при вскрытии брюшной полости обычно обнаруживают слипчивый процесс. Наличие последнего служит противопоказанием к проведению ревизии; операцию в таких случаях заканчивают наложением энтеростомы на подлежащую раздутую петлю кишки (4 наблюдения). В последующем проводят активную противоспаячную физиотерапию. Свищ закрывают через 2—3 нед после восстановления нормального пассажа по кишечнику. Такой подход к лечению кишечной непроходимости в первые дни (до 5—6) послеоперационного периода позволил сократить количество релапаротомий с 10 (в период до 1970 г.) до 2 (после 1970 г.), причем у последних двух пациентов борьба с парезом проводилась методами, применяемыми в первый период.

Таким образом, при использовании антипаретической и современной инфузионной терапии на фоне продленной перидуральной анестезии удалось практически полностью ликвидировать спаячно-паретическую непроходимость и уменьшить тяжесть послеоперационных парезов.

При простой (8 наблюдений) и инфильтративной (3 наблюдения) формах ранней спаячной непроходимости терапию также начинают с применения консервативных мероприятий (с 1970 г. — на фоне продленной перидуральной анестезии), а при отсутствии эффекта от нее в течение 6—12 ч ставят показания к хирургическому лечению. Оперативные приемы зависят от того, что устанавливают при вскрытии брюшной полости. Если обнаруживается выраженный спаячный процесс, ограничиваются энтеростомией раздутой петли кишки без проведения ревизии, а при отсутствии спаек на подлежащих в рану петлях кишечника делают ревизию для выявления места препятствия. При инфильтративных формах операцию заканчивают наложением обходного анастомоза.

При раннеотсроченной форме спаячной непроходимости (3 наблюдения) типичной ошибкой являлась длительная консервативная терапия (более 2—3 ч) и стремление хирургов ликвидировать все сращения. Мы считаем, что следует ограничиться разделением спаек, вызывающих непроходимость.

Обтурационная кишечная непроходимость, возникшая у 2 новорожденных, была обусловлена техническими трудностями при наложении концевой анастомоза двухрядным швом.

Эвентрация наблюдалась у 13 больных. Осложнение наступало обычно на 6—10-й день после операции, преимущественно у детей в возрасте от периода новорожденности до 8 мес. В этой группе у большинства детей были сопутствующие заболевания и пороки развития, часть из них поздно оперирована по поводу кишечной непроходимости.

Низкие репаративные возможности детей с сопутствующей тяжелой патологией обуславливают частое возникновение у них эвентрации без признаков воспаления в ране (5). При таком генезе эвентрации выпавшие органы не имеют сращений с передней брюшной стенкой в зоне раны и между собой; подобную эвентрацию мы называем полной. Эвентрация без нагноения обычно является случайной находкой при очередной перевязке. Единственным предвестником, указывающим за 2—3 дня на вероятность осложнения, может быть появление сукровичного отделяемого из раны без признаков ее воспаления.

Нагноение раны иногда сопровождается расхождением всех слоев, но к стенке раны подпаиваются выпавшие органы и они же образуют ее дно. Такую эвентрацию мы именуем неполной. Она встретилась у одного из 8 детей с эвентрацией вследствие нагноения раны.

Хирургическая помощь при эвентрации должна быть экстренной. Отсутствие признаков вторичного заживления служит показанием к наложению послыжных швов без иссечения краев раны и с применением разгрузочных нитей на апоневроз [5]. При этом методе повторных эвентраций не наблюдалось.

Техника наложения шва на нагноившуюся рану идентична, но перед ушиванием проводят экономное иссечение краев раны, обкалывание раствором гидрокортизона, в брюшную полость через отдельный прокол ставят ниппельный дренаж для введения антибиотиков.

В клинике проведено ушивание брюшной стенки без применения разгрузочных нитей у 8 больных. 3 из них погибли от повторных эвентраций.

У 2 новорожденных, оперированных по поводу перитонита, при реоперации обнаружены подпеченочный и межпетельный абсцессы. Позднее диагностирование данного осложнения привело к летальному исходу.

ВЫВОДЫ

1. Оптимальным вариантом хирургического лечения расхождений кишечных швов является выведение на переднюю брюшную стенку петли кишки, несущей анастомоз.

2. При послеоперационной спаечной кишечной непроходимости особое внимание следует уделить комплексной консервативной терапии на фоне продленной перидуральной анестезии. Выбор метода хирургического лечения при отсутствии эффекта от консервативной терапии зависит от вида спаечной непроходимости. При выраженном спаечном процессе основным оперативным приемом следует считать наложение энтеростомы без ревизии брюшной полости.

3. В качестве наиболее надежного метода хирургического лечения эвентраций кишечника может быть рекомендовано наложение разгрузочных апоневротических швов на переднюю брюшную стенку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. Неотложная хирургия детей. Л., Медицина, 1973.—2. Баиров Г. А., Парнес Д. И. Вестн. хир., 1970, 11.—3. Лишке А. А., Корепанов Г. Ф. В кн.: Материалы III Всесоюз. конф. детских хирургов. Алма-Ата, 1974.—4. Топузов В. С. Там же.—5. Ульрих Э. В. В кн.: Послеоперационные осложнения, маститы. Минск, 1974.

Поступила 19 сентября 1978 г.

УДК 616.37—002—02:616.381—002

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА

А. Д. Толстой

1-я хирургическая клиника (руководитель — проф. В. И. Филин) Ленинградского научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

Реферат. Ферментативный перитонит развивается двухфазно; свойства выпота в каждую фазу различны. Основным лечебным мероприятием при ферментативном перитоните должно являться удаление токсичного выпота не только из брюшной полости, но и из забрюшинной клетчатки.

Ключевые слова: панкреатогенный ферментативный перитонит.
1 иллюстрация. Библиография: 5 названий.

Патогенез ферментативного перитонита до настоящего времени остается невыясненным, а по вопросам лечебной тактики имеются значительные разногласия. В настоящей публикации представлены некоторые черты патогенеза и особенности лечения ферментативного панкреатогенного перитонита.

Ферментативный перитонит (ФП) на почве острого панкреатита был диагностирован у 219 больных, что составило 22% от общего числа больных острым панкреатитом, поступивших в НИИ скорой помощи с 1963 по 1977 г. Все больные (мужчин — 74, женщин — 145) были оперированы в первые семь дней от начала заболевания. У 25,6% больных экссудат оказался серозным, у 21,9% — серозно-геморрагическим, у 37,9% — геморрагическим и у 14,6% — желчным. Перитонит может развиваться как при отечной форме острого панкреатита (по нашим данным — у 34 больных), так и при некротической (у 183). Панкреонекрозы почти у половины больных протекали с выраженным геморрагическим компонентом (кровоизлияния и геморрагическое пропитывание поджелудочной железы, мезоколон, малого и большого сальников, корня брыжейки тонкой кишки; кровоизлияние или свернувшаяся гематома в окружности железы и т. п.). Следовательно, некротические формы осложнялись ФП значительно чаще чем отечные. При сопоставлении форм панкреатита с характером экссудата выяснилось, что у 70% больных отеку поджелудочной железы сопутствует серозный экссудат, а у 25% — желчный. Геморрагический и серозно-геморрагический виды экссудата встречались в основном (96%) при панкреонекрозе.

Нами замечено, что в разных отделах брюшной полости могут находиться различные виды выпота (у 26 больных из 219). У 13 больных в сальниковой сумке и

под печенью содержался геморрагический экссудат, а в нижних отделах брюшной полости — серозный. Реже (при холецистопанкреатите) встречались сочетания серозного или геморрагического выпота с желчным. У 1 больного в сальниковой сумке был обнаружен геморрагический выпот, под печенью — серозно-геморрагический, а в малом тазу — серозный. Это явление мы объясняем двухфазностью развития ФП.

Для ФП характерно первичное накопление выпота в брюшной полости с последующим его рассасыванием. Реже наблюдается трансформация в другие виды перитонита: так, при инфицировании выпот становится гнойным (у 5 из 219 больных), а при сообщении с системой протоков железы возникает асцит-перитонит. При рассасывании экссудата вазоактивные субстанции, попадая в больших количествах из брюшной полости в кровяное русло, поддерживают и усугубляют токсемию.

Средние объемы найденного при операциях экссудата составили: в 1-е сутки от начала болезни — 913 ± 16 мл; во 2-е сутки — 960 ± 10 мл; на 3-и сутки — 692 ± 27 мл; на 4—5-е сутки — 505 ± 26 мл и на 6—7-е сутки — 258 ± 13 мл. Таким образом, период накопления выпота в брюшной полости не превышает 48 ч.

Нами проведено исследование ферментативного экссудата на активность ферментов (у 150 больных), клеточный состав (у 90), содержание белка (у 90) и pH (у 30). Активность амилазы определяли по Вольгемуту, липазы — по Титцу, протеолитическую (трипсиноподобную) активность — по Эрлангеру.

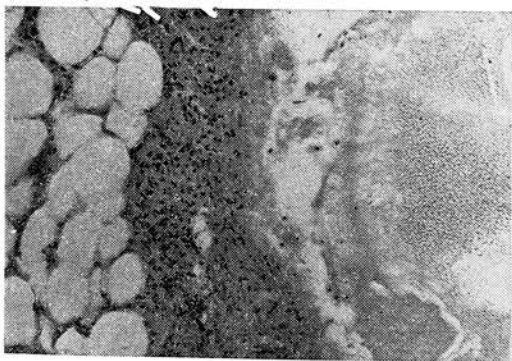
Активность ферментов в экссудате в разные сроки от начала заболевания неодинакова: при геморрагическом перитоните она в 1-е сутки от начала болезни наиболее высока, а на 5—7-е сутки снижается до величин, соответствующих нормальной активности ферментов в плазме крови, поэтому она не может являться критерием для дифференциальной диагностики перитонитов.

Наши данные позволяют выделить в развитии ФП два периода.

1. Период ферментативного поражения брюшины. Вначале, в первые двое суток от начала болезни, в брюшной полости накапливается щелочная геморрагическая жидкость (pH 7,65—7,80), проявляющая высокую ферментативную активность. При цитологическом исследовании экссудата в эти сроки обнаруживается значительное содержание эритроцитов (до 200 в поле зрения) и небольшое содержание лейкоцитов (1—3 в поле зрения); концентрация белка относительно мала — в среднем 3,3%. При гистологическом исследовании брюшины наблюдается межклеточный отек и слущивание мезотелия, т. е. явления альтерации.

2. Период реактивного воспаления брюшины. Начиная с третьих суток при гистологическом исследовании отмечается лейкоцитарная и плазмо-гистиоцитарная инфильтрация брюшины, особенно вокруг стеатонекрозов; прогрессируют явления межклеточного отека (см. рис.). Реактивное воспаление брюшины меняет свойства экссудата: pH выпота снижается до 7,00—7,25; ферментативная активность уменьшается вследствие подкисления среды (оптимум панкреатических ферментов соответствует pH 9,0) и частичной их резорбции.

С течением времени в выпоте увеличивается концентрация белка в среднем до 9,9%, появляется значительное количество лейкоцитов (до 30—50 в поле зрения) с преобладанием нейтрофилов (до 98%), уменьшается число эритроцитов, обнаруживается фибрин. Все это — признаки реактивного воспаления брюшины. В общем про-



Брюшина со стеатонекрозом. Гематоксилин-эозин, об. 10, ок. 10. Видно обширное поле некроза, по периферии его — плазмо-гистиоцитарная инфильтрация с выраженными дистрофическими и некробиотическими изменениями клеток.

цессы, развивающиеся в полости брюшины при остром панкреатите, принципиально не отличаются от процессов, протекающих в поджелудочной железе, окружающей ее клетчатке и в других органах и тканях.

Ферментативное поражение и реакция на него — вот общая формула ранних патологических проявлений панкреатита, причина смешанной (ферментативно-тканевой) интоксикации.

Все изложенное выше позволяет наметить пути рациональной хирургической так-

тики при панкреонекрозах, осложненных разлитым ФП. Последний, наряду с нарастающей желтухой и деструктивным поражением желчного пузыря, является одним из показаний к экстренной операции при панкреатите.

Основная задача оперативного вмешательства — эвакуация токсичного экссудата. Перитонеальный экссудат представляет собой среду, в которой происходит первичная активация калликреин-кининовой системы. В эксперименте показано, что ферментативный экссудат способен снижать АД и высвобождать гистамин [4], нарушать сосудистую проницаемость [5]. Кроме того, именно кинины перитонеального экссудата вызывают парез кишечника при перитонитах [1, 2]. Простое удаление экссудата через прокол брюшной стенки или путем микролапаротомии, выполненное в нашей клинике у 24 очень тяжелых больных, привело к заметному улучшению их состояния.

Помимо эвакуации экссудата из брюшной полости целесообразно по возможности удалять его и из забрюшинной клетчатки, для чего производят продольные разрезы заднего листка париетальной брюшины латерально от восходящей и нисходящей толстой кишки. Объем забрюшинного экссудата может превышать объем жидкости, находящийся в полости брюшины.

Для решения вопроса о дренировании брюшной полости необходимо учитывать период ФП. В первом периоде дренирование рационально, так как в ближайшие сутки после операции жидкость будет накапливаться. Если же сроки от начала заболевания велики, то достаточно ограничиться одномоментным удалением выпота, даже если его много, так как после удаления токсичного экссудата реактивное воспаление брюшины быстро стихает.

В послеоперационном периоде полезна активная аспирация экссудата из брюшной полости с помощью резиновых баллонов или водоструйного насоса. К 4—5-м послеоперационным суткам экссудат может инфицироваться через дренажи, поэтому оставлять их на больший срок опасно.

При наличии желчного экссудата (у больных с холецисто- или холангиопанкреатитом) выполняется холецистостомия или холецистэктомия с ревизией и дренированием гепатохоледоха.

Одним из важных лечебных мероприятий в послеоперационном периоде является форсированный диурез, способствующий удалению выпота из брюшной полости и забрюшинной клетчатки. Иногда этим методом можно пользоваться как основным при ФП. Однако при форсированном диурезе интенсивно работающие почки могут пострадать от действия трипсина и кининов [3], поэтому оперативное удаление экссудата предпочтительнее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голык И. Г. Роль протеолитических ферментов в развитии пареза кишечника при остром гнойном перитоните. Автореф. канд. дисс., Львов, 1976.— 2. Ивашкевич Г. А. Вестн. хир., 1972, 9.— 3. Лашевкер В. М. Пат. физиол., 1972, 1.— 4. Amundsen E., Ofstad E., Hagen P. O. Scand J. Gastr., 1968, 65, 3.— 5. Takada Y., Appert H. E., Howard I. M. Surg. Gynec. Obstet., 1976, 143, 779.

Поступила 26 июня 1979 г.

УДК 616.346.2—002.1—053.2:616.155.3

ЗНАЧЕНИЕ ФЕРМЕНТОВ ЛЕЙКОЦИТОВ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В ДИАГНОСТИКЕ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Г. Л. Билич, Э. С. Богославская

Научно-исследовательская лаборатория (научный руководитель — проф. Г. Л. Билич) Марийского государственного университета и 1-я детская клиническая больница (главврач — М. И. Комкова) г. Караганды

Реферат. При остром аппендиците у детей в первую очередь возрастает активность щелочной фосфатазы (через 4—6 ч); появление С-реактивного белка в крови запаздывает (16—18 ч от начала заболевания).

Ключевые слова: острый аппендицит у детей, С-реактивный белок крови, ферментная формула моноцитов.

1 таблица. Библиография: 8 названий.

Ранняя диагностика острого аппендицита, а также осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, у детей, особенно в возрасте до 3 лет, затруднена. В последние годы внимание клиницистов привлекает изучение ферментной формулы лейкоцитов, являющейся одним из показателей, быстро реагирующих на изменения гомеостаза. В частности, при деструктивных процессах возрастает активность щелочной фосфатазы, сукцинатдегидрогеназы, альфа-глицерофосфатдегидрогеназы, резко падает содержание фосфолипидов в лейкоцитах [2].

В начальной стадии острого воспалительного процесса в сыворотке появляется С-реактивный белок (С-РБ), но это не является специфичным для какого-то определенного заболевания [1, 3]. Проба на С-РБ может быть использована и для лабораторного контроля за выздоровлением: клиническое выздоровление хирургических больных сопровождается исчезновением у них С-РБ [8].

Мы исследовали в динамике у 77 детей с острым аппендицитом и у 19 с аппендикулярной коликой содержание С-РБ в сыворотке крови [5], а также активность щелочной фосфатазы (ЩФ) [4], пероксидазы (ПО), α -глицерофосфатдегидрогеназы (α -ГФДГ) и сукцинатдегидрогеназы (СДГ) [7]. Содержание фосфолипидов (ФЛ) в лейкоцитах определяли при окраске суданом черным Б. Активность дегидрогеназ исследовали в лимфоцитах, прочих показателях — в нейтрофилах периферической крови. Оценку активности ферментов проводили полуколичественным методом [6]. У 15 детей был острый катаральный аппендицит, у 62 — деструктивный.

В целях выяснения связи между отдельными показателями вычисляли коэффициент корреляции (r). Для более полного представления о ферментном статусе в целом вычисляли нормированные отклонения по формуле:

$$N = \frac{M \text{ больных} - M \text{ здоровых}}{\sigma \text{ здоровых}},$$

где M — средняя арифметическая, а σ — среднее квадратическое отклонение. На основе нормированных отклонений отдельных ферментов высчитывали среднее нормированное отклонение, которое и характеризует статус в целом (по данным определенного числа показателей):

$$N = \frac{\Sigma N}{n},$$

где ΣN — сумма (без учета алгебраического знака) нормированных отклонений показателей, n — число изученных показателей.

В связи с противоречивостью данных литературы об активности ферментов в лейкоцитах у детей мы провели исследование у 85 здоровых детей в возрасте от 1 года до 14 лет (см. табл.). Существенных различий цитохимических показателей у детей различных возрастных групп (1—3 года, 3—7 лет, 7—14 лет) не выявлено.

При остром простом аппендиците (15 детей) до операции содержание С-РБ было незначительным ($\pm$) и при гладком послеоперационном течении оставалось таким же вплоть до выписки больных из стационара.

У больных деструктивным аппендицитом уровень С-РБ зависит от сроков поступления ребенка в стационар. Чем больше времени прошло от начала заболевания, тем больше увеличивается содержание С-РБ. Однако у 4 детей с деструктивными формами аппендицита С-РБ не обнаруживался на протяжении всего периода пребывания в стационаре.

При благоприятном течении послеоперационного периода уровень С-РБ прогрессивно уменьшается и к моменту выписки проба на С-РБ становится отрицательной или слабоположительной. Особую ценность представляет исследование С-РБ в динамике. Внезапное увеличение содержания С-РБ в послеоперационном периоде свидетельствует о развивающемся осложнении.

Обследовано 19 детей, которым при поступлении ставили диагноз острого аппендицита, но при дальнейшем наблюдении в стационаре он исключался. В этой группе цитохимические показатели не отличались от контроля. В то же время у некоторых детей этой группы определялся лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, были положительны симптомы острого аппендицита, однако у них ни разу не выпала положительная проба на С-РБ, а нормированные отклонения отдельных ферментов и среднее нормированное отклонение приближались к нулю (см. табл.).

При катаральных аппендицитах обнаружено изменение ферментного статуса, которое формируется за счет повышения активности ЩФ, дегидрогеназ и умеренного снижения содержания ФЛ. Через 5—7 дней практически нормализуется активность ЩФ и содержание ФЛ, но ферментный статус в целом остается нарушенным за счет повышения активности дегидрогеназ (см. табл.).

Активность ферментов (ед.) и содержание фосфолипидов (ед.) в лейкоцитах крови у здоровых детей и у страдающих острым аппендицитом и аппендикулярной коликой

Группа обследованных	Статистические индексы	Показатели активности				
		ЩФ	ПО	СДГ	ГФДГ	ФЛ
Здоровые дети (контроль)	$M \pm m$	$42,2 \pm 1,6$	$217,9 \pm 0,9$	$127,8 \pm 0,9$	$36,2 \pm 0,9$	$199,1 \pm 1,6$
Страдающие аппендикулярной коликой	$M \pm m$ P	$41,4 \pm 3,3$ $> 0,9$	$218,3 \pm 2,5$ $> 0,9$	$128,7 \pm 2,8$ $> 0,9$	$35,4 \pm 3,0$ $> 0,7$	$198,5 \pm 3,1$ $> 0,8$
Больные катаральным аппендицитом:						
при поступлении	$M \pm m$ P	$56,3 \pm 2,3$ $< 0,01$	$217,4 \pm 2,5$ $> 0,9$	$134,1 \pm 2,1$ $< 0,01$	$46,8 \pm 4,0$ $< 0,01$	$188,2 \pm 2,2$ $< 0,01$
через 5—7 дней	$M \pm m$ P P_1	$46,2 \pm 1,4$ $> 0,5$ $< 0,05$	$218,4 \pm 1,9$ $> 0,5$ $> 0,9$	$141,1 \pm 2,2$ $< 0,01$ $< 0,05$	$45,9 \pm 1,3$ $< 0,01$ $> 0,9$	$197,2 \pm 2,0$ $> 0,9$ $< 0,02$
Больные деструктивным аппендицитом, из них 9 с перитонитом:						
при поступлении	$M \pm m$ P	$103,4 \pm 6,4$ $< 0,001$	$210,4 \pm 3,5$ $> 0,7$	$141,8 \pm 3,0$ $< 0,01$	$58,4 < 3,8$ $< 0,05$	$182,0 \pm 2,6$ $< 0,01$
через 5—7 дней	$M \pm m$ P P_1	$60,2 \pm 4,9$ $< 0,01$ $< 0,001$	$210,2 \pm 3,1$ $< 0,02$ $> 0,9$	$134,7 \pm 3,9$ $> 0,1$ $> 0,1$	$48,1 \pm 3,0$ $< 0,01$ $< 0,05$	$186,4 \pm 2,8$ $< 0,01$ $> 0,1$

Примечание: P — достоверность различий между показателями у здоровых и больных детей; P_1 — достоверность различий при поступлении и выписке.

У больных деструктивными формами аппендицита при поступлении отмечалось резкое возрастание фосфатазной активности нейтрофилов, умеренное увеличение активности СДГ и α -ГФДГ, снижение содержания ФЛ. Активность ПО не претерпевала существенных изменений. Через 5—7 дней при гладком течении, послеоперационного периода выявлялось снижение активности ЩФ, однако нормальных величин она не достигала. Ферментный статус остается измененным за счет всех компонентов. При возникновении осложнений активность ЩФ вновь возрастала, а активность СДГ снижалась, причем изменения активности этих ферментов предшествовали клиническим проявлениям осложнения и изменениям в общем анализе крови.

Цитохимические методы исследования более чувствительны, чем подсчет лейкоцитов и лейкоцитарной формулы. В отдельных случаях СОЭ, количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула оставались стабильными, в то время как перечисленные цитохимические показатели существенно изменялись при деструктивных формах аппендицита.

Цитохимические тесты и С-РБ ранее других показателей сигнализируют об опасности возникновения осложнения в послеоперационном периоде — резко возрастает активность ЩФ и уровень С-РБ. Наиболее выраженные изменения обнаружены при перитоните — активность ЩФ превышает 100 ед., СДГ — 130 ед., α -ГФДГ — 50 ед., содержание ФЛ падает ниже 180 ед., уровень С-РБ повышается (3+; 4+).

Определение нормированных и средних нормированных отклонений позволило выяснить, как изменяются ферменты лейкоцитов и содержание фосфолипидов по отношению друг к другу и в сравнении с нормальными величинами. Отклонения увеличиваются по мере усугубления тяжести воспалительного и деструктивного процессов в брюшной полости. Общий сдвиг формируется за счет различных компонентов, но больше всего меняется активность ЩФ. Среднее нормированное отклонение, отражая степень нарушения клеточного метаболизма в целом, возрастает тем больше, чем тяжелее состояние больного. Иными словами, смещение ферментного статуса может быть отражено единой величиной. Под влиянием лечения через 5—7 дней ферментный статус нормализуется при катаральных аппендицитах и остается нарушенным при деструктивных. И это понятно, ибо патологический процесс в брюшной полости не ликвидируется. Для решения вопроса о выздоровлении ребенка и его выписке из стационара, особенно после перенесенного перитонита, необходимо исследование С-РБ и

ферментной формулы лейкоцитов, ибо исчезновение С-РБ и нормализация энзиматического статуса свидетельствуют о выздоровлении, коррекции нарушений гомеостаза, ликвидации воспалительного процесса в брюшной полости. В то же время другие лабораторные показатели (число лейкоцитов, СОЭ, протеинограмма и др.) могут быть изменены.

При проведении корреляционного анализа выявлена высокая степень корреляции между уровнем С-РБ в крови и активностью ЩФ ($r = +0,76$), умеренная — между С-РБ и ФЛ ($r = -0,37$) и слабая (ниже 0,3) — между С-РБ и прочими изученными ферментами.

Таким образом, исследованный комплекс показателей (С-РБ и ферментная формула лейкоцитов) является весьма информативным для решения вопроса об остроте воспалительного и деструктивного процессов в брюшной полости при остром аппендиците у детей. Но не все показатели имеют одинаковую диагностическую ценность. При остром аппендиците в первую очередь возрастает активность ЩФ (через 4—6 ч), появление С-РБ в крови запаздывает (16—18 ч от начала заболевания). Для диагностики острого аппендицита и решения вопроса о показаниях к операции у детей надо непременно наряду с общим анализом крови исследовать активность ЩФ в нейтрофилах периферической крови. В послеоперационном периоде динамическое изучение ферментной формулы и С-РБ позволяет своевременно диагностировать развитие осложнений, судить об эффективности проводимой терапии и защитно-приспособительных реакциях ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билич Г. Л. Стимуляция регенерации и защитных механизмов в детской хирургии. М., Медицина, 1976.—2. Каплан Б. С. Значение активности ферментов лейкоцитов периферической крови в диагностике острых деструктивных процессов в брюшной полости. Автореф. канд. дисс., М., 1972.—3. Мосин В. Г. С-реактивный белок при некоторых заболеваниях дыхательных органов. Л., Медицина, 1968.—4. Нарциссов Р. П. Цитохимия ферментов лейкоцитов в педиатрии. Автореф. докт. дисс., М., 1970.—5. Пашинин П. М. Опыт получения антисыворотки к С-реактивному белку и применения ее для диагностики воспалительных процессов. Автореф. канд. дисс., Л., 1962.—6. Karlow L. S. Blood, 1955, 10, 1023.—7. Quaglini D., Nayhoe T. G. Nature, 1960, 187, 85.—8. Wood H. F., McCarthy M. J. Clin. Invest., 1951, 30, 616.

Поступила 24 июля 1979 г.

УДК 616—089—009.614

СБАЛАНСИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОКСИБУТИРАТА НАТРИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

А. Д. Дзамуков

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав.—доц. Ф. Н. Казанцев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Разработан метод внутривенного наркоза оксибутиратом натрия в сочетании с препаратами для нейролептанальгезии и атаральгезии. Проанализированы результаты применения анестезии у 174 urgentных хирургических больных. Отмечена нормализация показателей КЩС под влиянием оксибутирата натрия.

Ключевые слова: оксибутират натрия, экстренная хирургия.

1 иллюстрация. Библиография: 4 названия.

Вопрос об анестезиологическом обеспечении urgentных хирургических операций является весьма актуальным. Сложность решения данной проблемы состоит в том, что экстренно поступающие хирургические больные нередко находятся в тяжелом состоянии (шок, кровопотеря, ацидоз, гипоксия). В связи с этим анестезиологическое пособие у данной категории больных должно быть составной частью общих мероприятий интенсивной терапии и реанимации.

Получившие в последние годы широкое распространение методы анестезии с применением нейролептических или транквилизирующих средств в сочетании с анальгетиками и ингаляцией закиси азота с кислородом хорошо зарекомендовали себя в различных областях хирургии. Однако как нейролептанальгезия (НЛА), так и атаральгезия в общепринятых методиках призваны только обеспечить защиту организма

от хирургической агрессии, но не решают задачу коррекции имеющихся нарушений гомеостаза больного.

Наша задача заключалась в разработке метода внутривенного наркоза, включающего необходимые компоненты общей анестезии и вместе с тем способствующего коррекции нарушений внутренней среды организма, которые в наибольшей степени выражены у госпитализированных по неотложным показаниям хирургических больных. Среди различных анестетиков для решения этой задачи наибольшего внимания заслуживает оксибутират натрия, который, по мнению Лябори (1965), соединяет в себе качества, необходимые при лечении хирургических больных с тяжелыми нарушениями жизненно важных функций организма. Оксибутират натрия, или натриевая соль гамма-оксимасляной кислоты, является метаболическим субстратом организма, не токсичен, повышает тонус сердечной мышцы, не снижает легочную вентиляцию, способствует окислительным процессам, оказывает анальгезирующее и снотворное действие. Широкое распространение в экстренной анестезиологической практике оксибутирата натрия несколько ограничивается трудностью управления наркозом, что, впрочем, характерно для большинства внутривенных анестетиков.

В предлагаемой нами методике оксибутират натрия применяется не как самостоятельный анестетик, а только как средство выключения сознания больного и потенцирования действия анальгетиков в сочетании с нейролептиками или атарактиками. В связи с этим отпадает необходимость в использовании закиси азота, роль которой выполняет оксибутират натрия. Искусственная вентиляция легких осуществляется воздухом или воздушно-кислородной смесью.

Оксибутират натрия мы вводим внутривенно в дозе 75—80 мг/кг, при которой во всех случаях обеспечивается надежное выключение сознания больного и потенцирование действий препаратов для нейролептанальгезии или атаральгезии в течение ближайших полутора часов.

Как было показано в целом ряде экспериментальных работ, снижение концентрации оксибутирата натрия в крови подчиняется определенной закономерности: через полтора часа концентрация препарата снижается на $\frac{1}{3}$, а через 2 ч — на $\frac{1}{2}$. При этом глубина наркотического сна соответствует снижению концентрации оксибутирата натрия в крови [1—3].

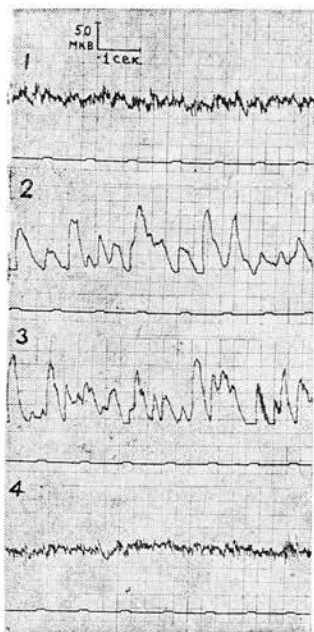
Большинство экстренных общехирургических вмешательств длится 1—1,5 ч. Ко времени перевода в послеоперационную палату больные просыпаются или находятся в состоянии поверхностного сна. В тех же случаях, когда предстоит более длительная операция, рекомендуется вводить через каждые полтора часа по $\frac{1}{3}$ от первоначального количества оксибутирата натрия. Наркоз соответственно будет продлеваться на такой же промежуток времени.

Нами проведена анестезия с использованием оксибутирата натрия в сочетании с препаратами для нейролептанальгезии и атаральгезии у 174 больных с экстренной хирургической патологией (82 из них — старше 60 лет). Локализация вмешательства: у 136 (78,2%) — брюшная полость, у 12 (6,9%) — грудная клетка, у 5 (2,8%) — голова и шея, у 21 (12,1%) — конечности и поверхность тела.

Электроэнцефалографический контроль свидетельствовал о достаточной глубине наркотического сна на всех этапах хирургического вмешательства и постепенном выходе из наркоза к концу операции (см. рис.). После пробуждения больных длительность анальгезии составляла не менее 4 ч.

Были исследованы две группы больных: в первой препараты ИЛА сочетались с ингаляцией закиси азота с кислородом, во второй — с внутривенным введением оксибутирата натрия и искусственной вентиляции легких воздухом или воздушно-кислородной смесью.

Результаты исследования показали, что у больных первой группы прогрессировал дыхательный и метабо-



Электроэнцефалограмма больной К., 40 лет, при сочетанном применении оксибутирата натрия с нейролептиком и анальгетиком. Верхняя запись — ЭЭГ, нижняя — отметка времени. 1 — исходная запись; 2 — травматический этап операции; 3 — конец операции; 4 — через сутки после операции.

лический ацидоз. В частности, pH крови при общем для обеих групп больных начальном показателе, равном $7,348 \pm 0,018$, к концу операции становился равным $7,306 \pm 0,019$. Соответственно изменялся в кислую сторону показатель буферных оснований (BE): от общей исходной величины, равной $-3,325 \pm 0,715$, до $-5,650 \pm 1,136$. Объясняется это депрессивным влиянием НЛА на различные уровни дыхания, которое не устраняется даже проведением искусственной вентиляции легких.

В то же время применение оксibuтирата натрия в сочетании с препаратами для НЛА практически не вызывало изменений кислотно-щелочного состава крови: к концу операции pH равнялся $7,335 \pm 0,017$, а BE = $-3,433 \pm 0,762$.

Через 24 ч эти показатели составляли: в первой группе больных pH = $7,356 \pm 0,018$, BE = $-3,950 \pm 0,957$; во второй pH = $7,403 \pm 0,017$, BE = $-1,083 \pm 0,596$. Таким образом, у больных второй группы быстро наступает нормализация активной реакции крови, что объясняется в первую очередь антигипоксическим эффектом оксibuтирата натрия.

Исследование свертывающей системы крови методом тромбоэластографии на различных этапах во время вмешательства и в послеоперационном периоде не выявило существенных различий между ее показателями у больных двух групп. Максимальная амплитуда тромбоэластограммы (мА) уменьшается во время наибольшей травматичности операции на 10,6% в первой группе больных и на 12,3% во второй. К концу операции у обеих групп больных максимальная амплитуда ТЭГ приближается к исходному уровню, а через сутки данный показатель превышает начальную величину на 7,8% в первой группе больных и на 10,8% во второй.

Следует также иметь в виду, что использование внутривенного введения оксibuтирата натрия вместо ингаляции закиси азота исключает загрязнение атмосферы этим газом и предупреждает хроническую интоксикацию работающего в операционной персонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колюцкая О. Д., Плохой А. Д., Дементьева Г. Н. Хирургия, 1972; 9.—2. Лебедеенко В. Я., Франтов Р. Б. В кн.: Современное состояние и дальнейшее развитие исследования лекарственных веществ и некоторые другие вопросы фармации. Труды I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова. М., 1972.—3. Шифрин Г. А., Шноль В. Я., Хижняк А. А. Анестезиол. и реаниматол., 1977, 1; 1978, 1.—4. Laborit H. Les regulations metaboliques. Paris, 1965.

Поступила 30 мая 1980 г.

УДК 616.712+616.24]—001.31

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

Г. М. Николаев, В. Н. Войцехович, А. А. Суворов

Кафедра травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии с курсом нейрохирургии (зав. — проф. Г. М. Николаев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. У 5 из 128 пострадавших с закрытыми травмами груди установлено тотальное затемнение легкого. Дифференциация его от гемоторакса, пневмонии и др. основывается на клинических данных и результатах рентгенографии.

Ключевые слова: Травма грудной клетки, тотальное затемнение легкого, диагностика.

Библиография: 2 названия.

Сложность дифференциальной диагностики закрытых травм грудной клетки, нерешенные вопросы тактики лечения, сравнительно высокая летальность определяют актуальность проблемы оказания помощи пострадавшим.

В хирургическом и травматологическом отделении 15-й горбольницы с 1964 по 1978 г. находилось на лечении 128 пострадавших с закрытыми травмами грудной клетки. С момента поступления их в клинику одновременно с обследованием и уточнением диагноза проводились самые необходимые исследования и срочные лечебные мероприятия, направленные на улучшение дыхания, гемодинамики.

Наиболее частым видом повреждения органов грудной клетки при закрытой травме являются повреждения легких. Тяжесть может быть различной, что обуславливает

чрезвычайную вариабельность клинической картины у пострадавших. Могут наблюдаться как ушибы, так и разрывы легочной ткани, захватывающие различные по величине и расположению участки ее.

Различают неосложненные и осложненные повреждения легких. Для последних характерно наличие шока, пневмоторакса, подкожной эмфиземы и эмфиземы средостения, гемоторакса, кровохарканья. При неосложненных повреждениях легкого состояние пострадавшего обычно удовлетворительное. Клинически отмечается небольшой закрытый пневмоторакс, умеренный кашель, одышка при нагрузке, иногда — появление прожилок крови в мокроте. У ряда пострадавших через несколько дней после травмы на ограниченном участке поврежденной стороны грудной клетки начинает выслушиваться шум трения плевры. Редким исходом является ателектаз и последующая пневмония. Подобную клиническую картину обычно принято расценивать как ушиб легкого.

Осложненные повреждения легких протекают тяжело. Пострадавшие беспокойны, непрерывно меняют положение. Удушье заставляет их принимать полусидячее положение с опорой на руки. Типичными симптомами являются боли в грудной клетке, чувство удушья, усиление болей при кашле и движениях, из-за чего больные вынуждены выполнять все движения медленно и осторожно. Дыхание учащено до 45—50 в 1 мин, одышка инспираторного характера. При тяжелых формах шока наблюдаются резкий цианоз и дыхательная аритмия. Определяется тахикардия, снижение АД до 10,6—13,3 кПа (80—100 мм рт. ст.). Если пульс становится мягким и ритмичным, а дыхание kloкочущим, то прогноз в отношении жизни плохой.

Характерным для повреждения легких является отделение при кашле кровянистой пенистой мокроты. Увеличивается объем грудной клетки на стороне повреждения. При развитии напряженного пневмоторакса межреберные промежутки сглаживаются, перкуторно определяется тимпанический звук, смещение сердечной тупости в здоровую сторону. При аускультации дыхание не прослушивается. Отмечается одутловатость лица, набухание шейных вен, часто развивается эмфизема средостения. При рентгенологическом исследовании выявляется наличие газа в плевральной полости, коллапсирование легкого, смещение средостения в здоровую сторону. При плевральной пункции через иглу выходит воздух.

В клинике мы наблюдали 5 больных с тяжелыми травмами груди, сопровождавшимися тотальным затемнением легкого (у 4 — левого и у 1 — правого). В литературе встречаются различные названия данного патологического состояния легкого при тяжелых закрытых травмах груди: «травматический пневмонит», «сгущенное легкое» и др. По-видимому, правомочно предложение Г. А. Задгенидзе и А. Д. Линденбрата (1957) называть данную патологию травматическим коллапсом легкого. Все 5 больных с тотальным затемнением легкого после травмы — мужчины в возрасте от 23 до 50 лет. Травмы у них сопровождались множественными переломами ребер на стороне затемнения. У всех пострадавших имелась умеренно выраженная подкожная эмфизема.

Полное затемнение легкого с одной стороны (на стороне повреждения) диагностировано нами через 3—5 сут после травмы при рентгенографии органов грудной клетки. Клинически были отмечены боли на стороне повреждения, одышка, кашель с мокротой. У одной больной наблюдалось кровохарканье в течение 3 дней. Температура — от субфебрильной до 38—38,5°. Над пораженным легким перкуторный звук был значительно укорочен, дыхание резко ослаблено. При плевральных пункциях не обнаружено жидкого содержимого (крови, гноя). Пункции не устраняли массивного затемнения легкого. Тотальное затемнение легкого, по нашему мнению, обуславливалось ушибом легкого и выраженным кровоизлиянием в его паренхиму. В комплексе лечения входило снятие болевого синдрома, борьба с тяжелой дыхательной недостаточностью, коррекция нарушений кислотно-щелочного равновесия, искусственная вентиляция легких при угнетении спонтанного дыхания, профилактика и борьба с инфекцией.

Все 5 пациентов выздоровели, исчезновение затемнения легкого констатировано через 3—6 нед.

Указанное осложнение травмы грудной клетки с вовлечением легкого (тотальным затемнением), хотя оно встречается сравнительно редко, на наш взгляд, заслуживает внимания.

Дифференциация его от ателектаза и пневмонии не так проста. При массивных ателектазах рентгенологически определяется высокое стояние диафрагмы, смещение оси сердца; сам по себе ателектаз не дает выраженной тени на рентгенограмме, она может быть связана с кровенаполнением и воспалительной инфильтрацией ателектатической зоны. При пневмонических явлениях в ателектазированном легком рентге-

нологическое исследование может выявить затемнение, однако при этом обязательно лихорадка, высокий лейкоцитоз, кашель с мокротой, выраженные хрипы в легком, отсутствие травмы в анамнезе [2].

В заключение следует подчеркнуть, что лечение пострадавших с закрытыми травмами груди необходимо начинать на месте происшествия, не прекращать во время транспортировки в стационар и продолжать в самом стационаре. Оно должно быть комплексным, преемственным и энергичным, ибо при этих повреждениях промедление ставит под угрозу жизнь пострадавшего. Основу лечебных мероприятий составляют: обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, оксигенотерапия, декомпрессия плевральной полости (плевральные пункции, торакоцентез, дренирование плевральной полости), коррекция нарушений кислотно-щелочного равновесия, искусственная вентиляция легких при угнетении спонтанного дыхания, профилактика и борьба с инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Задгенидзе Г. А., Линденбратен А. Д. Неотложная рентгенодиагностика. М., Медгиз, 1957.—2. Шукарев К. А. Вопросы патогенеза, клиники и терапии пневмоний, осложняющих операцию и боевую травму. Л., Медгиз, 1953.

Поступила 11 сентября 1979 г.

УДК 616.711+616.832—001.31—073.756.5

КРУПНОКАДРОВАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

М. Х. Файзуллин, И. И. Камалов

Кафедра рентгенологии (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Проведено крупнокадровое флюорографическое обследование (с прямым увеличением изображения) 425 лиц, перенесших неосложненную травму позвоночника. Флюорограммы выполнены в прямой, боковой и косых проекциях позвоночника при вертикальном положении пострадавшего. По показаниям произведены функциональные флюорограммы позвоночника в положении максимального сгибания и разгибания. Крупнокадровая флюорография дает возможность выявлять посттравматические деформации позвоночника и дегенеративно-дистрофические изменения, определять подвижность поврежденного сегмента позвоночника и состояние репаративной регенерации поврежденного позвонка. Ее целесообразно внедрить в практику обследования больных, перенесших неосложненную травму позвоночника.

Ключевые слова: травмы позвоночника и спинного мозга, последствия, крупнокадровая флюорография, диспансерное наблюдение.

Библиография: 6 названий.

Данные литературы и опыт нашей работы [1, 2, 5, 6] позволяют считать, что крупнокадровая флюорография может быть с успехом применена в повседневной практике обследования пациентов, перенесших вертебро-спинальную травму. Учитывая большую пропускную способность флюорографической установки, экономичность метода и его доступность в условиях поликлиники и стационара, мы решили изучить разрешающие возможности флюорографии в диагностике последствий вертебро-спинальной травмы. Обследовано 425 больных, перенесших неосложненную травму позвоночника (306 мужчин и 119 женщин в возрасте от 20 до 60 лет, из них 68,4% — в активном трудоспособном возрасте — от 20 до 40 лет). У 142 чел. был поврежден шейный отдел позвоночника, у 85 — грудной и у 198 — поясничный.

Мы пользовались крупнокадровым флюорографом стационарного типа с величиной кадров 70×70 ; для прямого увеличения изображения применяли приставку, удаленную от экрана флюорографа на 25 см. Изображение при этом увеличивалось в 1,5 раза. Технические условия: чувствительность пленки — 800 обратных рентгенов, фокусное пятно трубки — 1,2 мм, напряжение и сила тока соответственно: для шейного отдела позвоночника — 90—95 кВ и 90—100 мА/с; для грудного — 95—100 кВ и 95—110 мА/с; для поясничного — 95—110 кВ и 100—120 мА/с.

Флюорографию шейного отдела позвоночника выполняли в двух основных проекциях в положении обследуемого сидя с расправленными и опущенными вниз плечами.

по показаниям применяли косую укладку и делали снимки в положении максимального сгибания и разгибания шеи. В момент экспозиции больной находился в таком положении, при котором физиологическая горизонталь была параллельна плоскости опоры. Грудной отдел позвоночника снимали в двух основных проекциях в положении больного стоя. Флюорографию поясничного отдела позвоночника производили после соответствующей подготовки кишечника; в момент экспозиции обследуемый вставал на специальную подставку. При исследовании грудного и поясничного отделов позвоночника делали косые снимки и функциональные пробы в положении сгибания и разгибания.

Крупнокадровая флюорография, осуществленная в вертикальном положении больного, давала возможность определять анатомическое состояние позвоночника при нагрузке (состояние оси позвоночника, посттравматические деформации), функциональные нарушения его (подвижность поврежденного сегмента позвоночника, функцию межпозвонкового диска), компенсаторную способность смежных с поврежденным позвонком дисков и выявлять конечные стадии посттравматических дегенеративных изменений в диске. Следует подчеркнуть, что только функциональная флюорография всех отделов позвоночника, дополняющая традиционное исследование (флюорограммы в двух стандартных взаимно перпендикулярных проекциях), давала наиболее полную информацию о состоянии двигательного сегмента позвоночника.

Среди посттравматических дегенеративных деформаций позвоночника, обнаруживавшихся флюорографическим методом, наиболее частыми были уменьшение высоты межпозвонкового пространства (у 42% больных), склерозирование замыкательных пластинок (у 38%), уменьшение высоты тел поврежденных позвонков (у 69%), вытянутость межпозвонковых суставных углов (у 27%), уплотнение элементов межпозвонкового хрящевого диска и передней продольной связки (у 10%). В косой проекции выявлялась деформация межпозвонковых суставов (у 7% обследованных), при функциональных положениях — патологическая подвижность (у 18%). Самым ранним признаком гипермобильности в поврежденном сегменте, обусловленным нарушением буферных свойств диска и окружающего связочного аппарата, являлось сближение (по сравнению с физиологическими соотношениями) смежных участков тел позвонков на уровне поражения.

Вначале смещения позвонков на уровне поврежденного диска носили динамичный характер, и компенсаторные силы в двигательном сегменте вне нагрузки восстанавливали нарушенную статику (функциональная фаза смещения позвонков). Когда же непрерывное накопление количественных изменений в гипермобильном сегменте достигало предела, превышающего его адаптивные и компенсаторные возможности, возникала фаза стабилизации смещения, описанная И. С. Мазо и И. Л. Тагером (1970). Если в функциональной фазе смещение позвонка выявлялось флюорографически лишь при выполнении определенной функциональной пробы, то в фазе стабилизации независимо от характера пробы результат был однозначным: смещение оказывалось стойко фиксированным и ни в одном из положений функционального исследования не удавалось восстановить нормальные соотношения между элементами двигательного сегмента.

Полное же выпадение движений в поврежденном двигательном сегменте при отсутствии морфологических признаков анкилоза (функциональный блок) приводило в некоторых случаях к возникновению в смежных, краниально или каудально расположенных сегментах компенсаторной гипермобильности с последующим появлением в них различных видов смещения позвонков. При блокировании нижнешейных и нижнепоясничных позвонков компенсаторная гипермобильность развивалась в вышерасположенных сегментах (в виде передних смещений), а при наличии функционального блока в верхних шейных позвонках и переходном грудо-поясничном отделе позвоночника (D₁₂ — L₁) — в нижерасположенных сегментах (в виде задних смещений).

Вторичные посттравматические деформации позвоночника, выявляемые при флюорографическом обследовании, зависели в основном от двух причин: от изменения функции и статики. Статические изменения выражались в развитии кифоза на месте поврежденного отдела позвоночника или же в сколиотическом искривлении различной степени выраженности в зависимости от характера и вида поражения. Одновременно с посттравматической деформацией позвоночника развивались остеохондроз, деформирующий спондилез и артроз, что отчетливо выявлялось на флюорограммах.

Репаративная регенерация поврежденных позвонков флюорографически определялась только при обширных переломах, сопровождавшихся нарушением целостности костных элементов и связок, и выявлялась в виде типичной рентгенологической картины консолидирующегося перелома позвоночника: «скобок», «остеофитов», окаймляющих поврежденный диск, анкилозирующих и иммобилизующих поврежденный отдел позво-

ночника. При изолированных компрессионных переломах позвонков без разрыва связок и без повреждений диска на флюорограммах отмечалось или уплотнение костной структуры позвонка, или отсутствие каких-либо признаков консолидации.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности внедрения крупнокадровой флюорографии с прямым увеличением в практику обследования больных, перенесших вертебро-спинальную травму, при диспансерном охвате их.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дружинина В. С., Соломин Г. В. В кн.: Тез. докл. IV Всерос. съезда рентгенологов и радиологов. М., 1979.—2. Камалов И. И. В кн.: Рентгенологические исследования черепа и позвоночника в неврологической, психиатрической и отоларингологической практике. Казань, 1974.—3. Мазо И. С., Тагер И. Л. Вестн. рентгенол., 1970, 3.—4. Переслегин И. А., Портной Л. М., Горелова Л. Н. и др. Там же, 1978, 5.—5. Пищин Э. М., Толстокоров А. А. В кн.: Тез. докл. IV Всерос. съезда рентгенологов и радиологов. М., 1979.—6. Хабибуллин И. Р. В кн.: Материалы научной конференции Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина. Казань, 1970.

Поступила 3 июля 1979 г.

УДК 617.542—053.2—073.75

МЕТОДИКА ЗОНОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

М. К. Михайлов, А. И. Эткеева, Л. З. Садыкова

Кафедра рентгенологии (зав.—проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и 3-я детская больница (главрач—З. З. Галимова) г. Казани

Реферат. У 327 детей, направленных в детское туберкулезное отделение, наряду с другими методами рентгенологического исследования легких проведена зонография органов грудной клетки. Показано преимущество зонографии перед обычной томографией. Описаны особенности выполнения зонографии легких у детей.

Ключевые слова: легкие, томография, зонография у детей.

2 иллюстрации. Библиография: 3 названия.

Послойное рентгенологическое исследование органов грудной полости у детей широко используется в практике лечебных учреждений. Но, как правило, применяется послойное исследование легких при углах качания рентгеновской трубки 30° и более. В последние годы стали прибегать к зонографии, т. е. томографии с малым углом качания рентгеновской трубки (8—10°). Нам не удалось найти работ, посвященных зонографии при исследовании органов грудной полости у детей, имеются лишь единичные работы об использовании этого метода у взрослых [1—3].

Согласно теории томографии, при послойном рентгенологическом исследовании толщина выделенного слоя зависит от угла качания рентгеновской трубки, при малых углах качания рентгеновской трубки (8—10°) толщина выделенного слоя тканей определяется временем экспозиции: с уменьшением угла качания рентгеновской трубки увеличивается толщина выделенного слоя.

На отечественных рентгеновских установках с томографическими приставками не предусмотрены малые углы качания. Мы проводили исследование больных в детском туберкулезном отделении на аппарате АРД-2-125. На этом аппарате минимальный угол качания рентгеновской трубки равен 15°, а для зонографии нужен угол качания 8—10°. Мы воспользовались в работе предложением Ю. П. Ипатова и К. К. Дьякова (1972). Малые углы качания рентгеновской трубки были получены путем прекращения экспонирования рентгеновской пленки по установке реле времени. Характеризующий томографическую приставку постоянный коэффициент, необходимый для расчета угла качания рентгеновской трубки, определялся [1] по формуле:

$$K = \frac{\angle A}{T} = \frac{15}{1,5} = 10,$$

где $\angle A$ — минимальный угол качания рентгеновской трубки данного аппарата; T — время, в течение которого томограф проходит полный путь (1,5 с). Необходимый угол качания трубки — $\angle a$ — равен $K \cdot t$, где K — постоянная для данного аппарата величина, а t — время экспонирования рентгеновской пленки. Зонографию мы проводили при угле качания рентгеновской трубки в 8°, для чего время экспонирования рентгеновской пленки должно быть равно:

$$t = \frac{L_a}{K} = \frac{8}{10} = 0,8 \text{ с.}$$

Из-за уменьшения экспонирования рентгеновской трубки необходимо увеличение генерирующего напряжения на 8—10 kV по сравнению с напряжением, необходимым для обычной томографии. Хотя и приходится прибегать к некоторому увеличению напряжения, но лучевая нагрузка была значительно ниже, чем при томографии, благодаря уменьшению экспозиции в 2 раза. При зонографии выделенный или «эффективный» слой равен 3,5—4 см.

Обследовано 327 детей, направленных в детское туберкулезное отделение. Рентгенологическое исследование включало обзорные снимки, обычные томограммы (трахеобронхиальные «срезы»), в необходимых случаях — прицельные рентгенограммы и исследование за экраном. Во всех случаях рентгенологическое исследование проводили с соблюдением условий противолучевой защиты. Зонографию назначали только в том случае, если перечисленные методы не решали диагностических задач.

Зонографию проводили в положении больного на спине. В задней проекции основным зонографическим слоем является так называемый трахеобронхиальный слой, позволяющий получить четкое изображение трахеи, главных бронхов и начала сегментарных бронхов (рис. 1). Существуют различные методики для определения трахеобронхиального слоя. Мы проводили измерение передне-заднего размера грудной клетки акушерским тазомером на уровне бифуркации трахеи с учетом ее расположения в зависимости от возраста. Так, у детей до 3 лет бифуркация трахеи проецируется на уровне III—IV грудных позвонков, у детей 4—7 лет — на уровне IV—V позвонков, у детей старше 7 лет — на уровне V—VI грудных позвонков. Во время измерения ребенок находится в вертикальном положении с поднятыми вверх руками. Трахеобронхиальный слой, по нашим данным, у $\frac{1}{3}$ обследованных соответствует половине расстояния передне-заднего размера грудной клетки, у $\frac{2}{3}$ — на 0,5—1 см дорзально от этого расстояния (в зависимости от возраста). Количество зонографируемых слоев зависит от диагностических задач. Поскольку у детей при туберкулезе легких чаще всего поражается лимфатический аппарат в зоне корней легких и средостения, в большинстве случаев достаточными оказывались зонограммы трахеобронхиального среза (рис. 2). В необходимых случаях производили так называемую при-

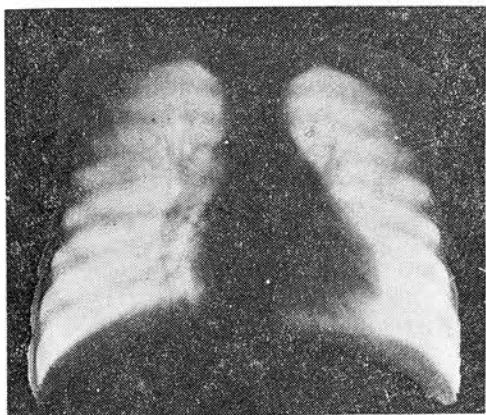


Рис. 1. Зонограмма легких — трахеобронхиальный слой.

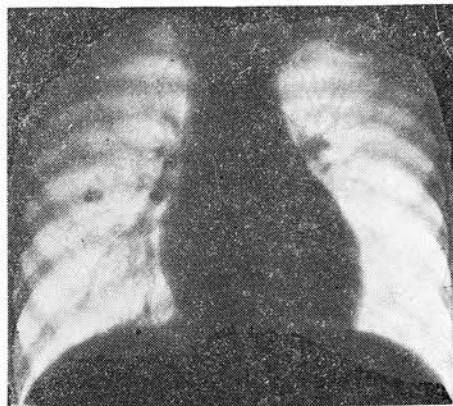


Рис. 2. Зонограмма легких — первичный туберкулезный комплекс.

цельную зонографию с центрацией на патологический участок легких. Глубину зонографируемого слоя вычисляли по боковой рентгенограмме с учетом коэффициента увеличения рентгенограммы.

В нижнем отделе трахея у детей отклоняется кзади, поэтому на зонограмме нижние отделы трахеи и главных бронхов изображаются нечетко, что приходится учитывать при укладке ребенка. Для получения четкого изображения трахеи, бифуркации трахеи и главных бронхов необходимо, чтобы они были в одной горизонтальной плоскости. При зонографии легких в передне-задней проекции рекомендуется приподнять ножной конец трохоскопа. Существует и другой прием, которым мы пользовались в своей практике. Руки ребенка должны быть подняты кверху и соединены ладонями над головой; это способствует сглаживанию кифоза в грудном отделе позвоночника, благодаря чему нижние отделы трахеи становятся параллельными плоскости стола. На правильно сделанной зонограмме через трахеобронхиальный слой хорошо опреде-

ляется положение и состояние просвета трахей и главных бронхов до устья сегментарных, выявляются увеличенные лимфоузлы и изменения в корнях легких.

Зонोगрафию в боковой проекции мы применяли при исследовании лимфатического аппарата переднего и заднего средостения. Анатомическим ориентиром при этом является линия остистых отростков или средняя линия грудины, что соответствует срединной плоскости. Глубина патологического образования в легких определяется от линии остистых отростков по передней рентгенограмме. Как правило, коэффициент увеличения снимка составляет 20% по сравнению с истинным расстоянием на больном, на что необходимо сделать поправку при определении зонografiруемого слоя.

Как показали наши исследования, зонография имеет ряд преимуществ перед обычной томографией. Проведение послойного исследования органов грудной клетки у детей, особенно младшего возраста, сопряжено со значительными трудностями. Механическими фиксаторами томографические приставки не снабжены, практически невозможно фиксировать ребенка, чтобы добиться абсолютной его неподвижности. Следует отметить, что шум движущейся рентгеновской трубки нередко пугает или отвлекает ребенка. Беспокойство обследуемого становится причиной получения неудовлетворительного снимка из-за динамической нерезкости. При зонографии время экспонирования сокращается более чем в 2 раза. Это способствует уменьшению нерезкости изображения, что особенно важно в педиатрической практике. Кроме того, ввиду значительной толщины слоя зонограмма дает больше информации, чем обычная томография, при которой исследуемый слой составляет всего 1—1,5 см. На зонограммах органов грудной полости четко изображаются как артериальные, так и венозные стволы до периферических отделов легких. Весьма ценно зонографическое исследование при малых размерах патологических образований в легких, для выявления которых приходится производить несколько томографических срезов, в то время как при зонографии достаточно одного снимка. Таким образом, лучевая нагрузка на пациента уменьшается и ввиду сокращения экспозиции, и благодаря уменьшению количества снимков. Наиболее информативной оказалась зонография для выявления увеличенных внутригрудных лимфатических узлов при туберкулезе у детей.

Как видно из приведенных данных, зонография легко выполнима в обычных рентгеновских кабинетах без дополнительных приспособлений, имеет ряд преимуществ перед обычной томографией, что указывает на большие диагностические возможности при исследовании органов грудной полости у детей. Зонография является дополнительным методом рентгенологического исследования, она проводится после рентгенографии органов грудной полости, дополняя или заменяя томографию в зависимости от диагностических задач.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дынный И. Б., Дьяков К. К., Ипатов Ю. П. Вестн. рентгенол., 1973, 5.—2. Ипатов Ю. П., Дьяков К. К. В кн.: Материалы III Всерос. съезда рентгенол. и радиол. Кемерово, 1972.—3. Мусин М. Ф., Сорокин А. Н. Казанский мед. ж., 1977, 1.

Поступила 30 июня 1980 г.

УДК 616.24—002.5—073.756.5

ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Г. И. Володина, В. М. Семенов

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Г. И. Володина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, Пензенский областной противотуберкулезный диспансер (главврач — Л. С. Лысак)

Реферат. Обследовано 197 больных туберкулезом легких, в том числе 186 с деструктивными и 11 с прочими формами заболевания. Применялась томография с продольным и косым размазыванием, зонография, селективная томография. Предлагается стандартизация использования различных методов в зависимости от выраженности основных синдромов поражения легочной ткани: а) ограниченного затемнения, б) очагов, в) диссеминации, г) полости.

Ключевые слова: деструктивный туберкулез легких, принципиальные модификации томографии.

Библиография: 2 названия.

Целью работы явилась попытка дать синдромный анализ томографического исследования легких у больных деструктивными формами туберкулеза легких. В рентгенодиагностике полостного туберкулеза легких наиболее часто встречаются следующие синдромы: а) ограниченное затемнение, б) очаги, в) диссеминация, г) патология легочного рисунка, д) патология корня легкого и внутригрудных лимфатических узлов, е) полость, ж) нарушение проходимости бронхов [1].

Проведено комплексное рентгенологическое обследование 197 больных (186 с полостным туберкулезом легких и 11 с прочими формами туберкулеза органов дыхания), включавшее рентгенографию органов грудной клетки в двух проекциях, томографию в прямой или в боковой проекции, томографию с косым размазыванием (по показаниям), зонографию, селективную томографию, томографию с поперечным размазыванием, рентгеноскопию (по особым показаниям).

Зонографию выполняли на универсальном томографе TUR (ГДР). Селективную расчетную томографию производили под разными углами наклона фронтальной плоскости больного к деке стола в зависимости от локализации процесса. По данным З. А. Переславцевой и Ф. М. Штейн (1972), расчет угла укладки возможен с точностью до 10 мм. Сделанные нами расчеты позволили составить новую таблицу с увеличением точности в 2 раза. При небольшой выраженности процесса мы выполняли селективную зонографию.

Был проведен сравнительный анализ обычных и специальных видов томографии для оценки выраженности измененного легочного рисунка, очагов, полости или признаков ее рубцевания, состояния дренирующего бронха и его поражения. При оценке этих синдромов учитывали симптомы: положение, число, форму, размеры, интенсивность, структуру и контуры. Результаты исследования заносили в разработанный нами программированный протокол, который вклеивали в историю болезни. Этот протокол заполняли подчеркиванием нужных слов без записей от руки.

Целесообразно рассмотреть информативную ценность применения различных модификаций томографии в зависимости от выраженности синдромов поражения легочной ткани.

Синдром патологии легочного рисунка. При туберкулезе легких легочный рисунок в разной мере обогащен и деформирован. Сопоставление выраженности изменения легочного рисунка на зонограммах и обычных томограммах у 47 больных показало, что синдром патологии легочного рисунка более отчетлив на зонограммах. Зонография была информативнее при малой или умеренной выраженности. При значительной выраженности применение томографии более целесообразно, так как на зонограммах за чрезмерными изменениями подчас не выявлялись тонкостенные полости.

Синдромы очагов и диссеминации. При свежих экссудативных очаговых изменениях и диссеминации чаще всего было достаточно обычной томографии. Однако по мере рассасывания в процессе лечения на тонкослойных томограммах очаги не имели адекватного отображения. В этих ситуациях мы применили у 47 больных зонографию и у всех получили дополнительную информацию. Зонограмма более контрастна, чем томограмма, поэтому очаги, плохо видимые на томограмме, достаточно ясно отображались на зонограмме. На зонограмме и томограмме примерно в одинаковой степени выявляются положение, размеры и форма очагов. Интенсивность очага на зонограмме несколько выше, однако контуры более четкие на томограмме. Зонограмма позволяла в полной мере проследить инволюцию очагов.

Синдром ограниченного затемнения. В ряде случаев обычной томографии оказывается недостаточно для оценки внутрисегментарного положения, формы ограниченного затемнения легочной ткани и его связи с корнем легкого. Редко выявляются бронхи среди инфильтрированной паренхимы легкого. В таких случаях мы применяли направленную томографию. На селективных томограммах в 78% было более четко выявлено пространственное положение процесса. Форма и размеры также ближе к истинным при экваториальном томографировании. Такие симптомы, как интенсивность, структура и контуры образования, имели одинаковые характеристики на обычных и селективных томограммах. На направленных томограммах в 80% мы получили изображение дренирующего бронха на длительном протяжении, что указывало на воспалительную природу заболевания. Иногда на своем протяжении бронх выходил из изображаемого слоя. При воспалительном процессе этот «выход» происходил постепенно, а при опухолевом поражении изменения были резкие, скачкообразные. Цирротические изменения при хронических формах туберкулеза ведут к перемещению бронхов, и тогда расчетная селективная томография бесполезна для их выявления на протяжении. У 76% больных на направленных томограммах более определенно были выражены связь с корнем легкого и изменения в

самом корне легкого. Оценивая в целом применение селективной томографии, мы можем отметить, что во всех случаях была получена дополнительная информация.

Синдром полости. Наличие полости у больного туберкулезом имеет не только частное прогностическое, но и общественно-гигиеническое значение. Мы использовали в ее диагностике все методики томографии. При изолированных кавернах, когда нет так называемых особых диагностических признаков (очагов либо увеличенных лимфоузлов), мы применяли селективную томографию. В 78% удалось более правильно определить внутрисегментарную локализацию процесса. Что касается форм полости, то на селективных томограммах мы находили выпячивания (карманы) в кавернах, имевших овальную форму на обычных томограммах. На направленных томограммах был получен симптом «упора» в стенку туберкулезной каверны, вокруг бронха прослеживалась перибронхиальная инфильтрация. Признаков ампутации бронха при воспалительных изменениях мы не находили. В 29% на направленных томограммах полости распада имели более адекватные характеристики. Выявление при этом дренирующего бронха (80%) на протяжении говорит о воспалительном процессе. Полости верхушечной локализации на направленных томограммах выявлялись хуже. Как известно, туберкулезное поражение иногда сопровождается ателектазом. В этих случаях мы находили комбинацию вне- и внутрибронхиальных изменений или, значительно реже, — бронхолит, что позволяло выяснить механизм ателектаза. Селективную томографию применяли при небольшой выраженности процесса.

В последние годы нашла широкое применение методика лечения туберкулеза легких повышенными дозами антибактериальных препаратов. По нашим наблюдениям, у данной категории больных довольно быстро наступает рассасывание перикавитарной инфильтрации, стенка полости становится очень тонкой и плохо видимой на обычных томограммах. Иллюзия отсутствия полости, возможно, является одной из причин последнего обострения полостного туберкулеза легких. Если полость становилась тонкостенной и труднораспознаваемой, мы применяли зонографию, что дало возможность в 62% выявить более выраженные ее признаки. На зонограммах отображался более измененный легочный фон, и в 11% нам удалось найти дренирующий бронх в паракавитарной зоне. В 11% были обнаружены отчетливые признаки рубцевания.

Трудно установить полость верхушечной локализации при значительном пневмосклерозе и локальной эмфиземе, густой очаговой диссеминации, развитых плеврорепликальных наслоениях. В таких случаях мы прибегали к томографии с косым размазыванием, показанием к которой считали неубедительные признаки наличия или закрытия полости при динамическом наблюдении. На томограммах с косым размазыванием у 43,5% лиц более четко определялась полость там, где ее признаки были недостаточно явными. Кроме того, еще у 3,5% больных получены дополнительные сведения относительно других патологических изменений. В 24% наблюдений нам удалось снять подозрение на полость и лучше выявить очаг-рубец за пневмосклерозом или очагами. В 15% дополнительных сведений не получено. В 14% мы применили косое размазывание при хорошей видимости на обычных томограммах. Почти во всех случаях данные были менее доказательными, чем на томограммах с продольным размазыванием, а иногда полость становилась невидимой совершенно. Это убедило нас в том, что косое размазывание целесообразно лишь при неудовлетворительных результатах обычной томографии.

Синдром патологии корня легкого и внутригрудных лимфатических узлов. Для выявления признаков лимфаденопатии многими авторами рекомендована томография средостения с поперечным размазыванием. Однако следует признать, что сосудистые элементы корня и самого легкого проявляются значительно хуже, чем на томограммах с продольным размазыванием. По нашим наблюдениям, поперечное размазывание не имеет никаких преимуществ, если томограмма с продольным размазыванием качественна. В то же время если не удается добиться качественного отображения крупных бронхов при продольном размазывании, то томограмма с поперечным размазыванием дает более четкую информацию о бронхиальном элементе легкого. Если же в легочной ткани были изменения, по поводу которых предпринималась селективная томография, то изображение структуры корня легкого получалось достаточно полным, и не возникало необходимости в его специальном исследовании.

ВЫВОДЫ

1. Дополнительные модификации томографии легких показаны при неудовлетворительной информации, полученной при обычном томографировании.

2. При полостных формах туберкулеза легких могут найти применение все модификации томографии: а) зонография — для отображения измененного легочного рисунка, мелких и немногочисленных очагов, тонкостенных полостей; б) томография с косым размазыванием — при динамическом наблюдении за полостями верхушечной локализации; в) селективная томография — для оценки бронхиальной проходимости, внутрисегментарной локализации, для экваториального томографирования, при трудностях дифференциации воспалительной и опухолевой природы заболевания; г) томография с поперечным размазыванием — для оценки бронхов при томографировании средостения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбратен Л. Д. и Наумов Л. Б. Рентгенологические синдромы и диагностика болезней легких. М., Медицина, 1972. — 2. Переславцева З. А., Штейн Ф. М. Вестн. рентгенол., 1972, 4.

Поступила 3 июля 1979 г.

УДК 616.24—002.3—036.65

ОБОСТРЕНИЯ И РЕЦИДИВЫ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ

Д. Г. Мустафин

Кафедра факультетской хирургии (зав.—доц. П. А. Иванов) Астраханского медицинского института, областная клиническая больница № 1 (главрач — заслуж. врач РСФСР А. А. Ветлугин)

Реферат. У 24 из 122 больных с остаточными буллезно-склеротическими изменениями в легких после гнойно-деструктивной пневмонии в отдаленные сроки наблюдались обострения и рецидивы. На основании данных анализа частоты и особенностей обострений и рецидивов, их клинико-рентгенологического течения и исходов предложены меры их предупреждения.

Ключевые слова: гнойно-деструктивные пневмонии, обострения, рецидивы.
Библиография: 10 названий.

Частота образования остаточных полостей в легких у больных с острыми легочными нагноениями при консервативном лечении составляет по данным различных авторов от 28 до 63,5% [1, 3, 9, 10]. Выраженные остаточные изменения после гнойно-деструктивной пневмонии таят опасность обострения и рецидива и ограничивают возможности реабилитации [2, 4, 6, 7].

Под нашим наблюдением находилось 122 пациента (мужчин — 92, женщин — 30, возраст — от 16 до 76 лет), выписанных с клиническим выздоровлением после перенесенной гнойно-деструктивной пневмонии. Преобладающей микрофлорой в период лечения был патогенный стафилококк — он был выявлен у 61,6%; у 13,4% не обнаружено патогенных микробов, у остальных высевались различные ассоциации: кишечная и синегнойная палочки и стафилококки, стрептококки и грибки. У 86 больных при выписке в легких только рентгенологически определялись остаточные воздушные полости, у остальных 36 сохранялась ограниченная форма пневмосклероза долевого или сегментарного характера. В отдаленные сроки (от 6 мес до 7 лет) у 19,7% выписанных наблюдались обострения и рецидивы.

С повторной вспышкой воспаления в ранее пораженных отделах легкого, в сформировавшихся остаточных полостях и в зоне послевоспалительного пневмосклероза вновь на лечение поступили 18 больных (14,7% выписанных). Из 86 больных, выписанных с остаточными воздушными полостями в легких, обострение возникло у 15. Первоначальная форма патологического процесса у этих больных характеризовалась обширностью гнойно-деструктивных изменений в легких. Так, у 3 больных множественные гнойники занимали целую долю легкого (гнойный лобит [5]), у 1 было двустороннее поражение и у 1 деструкция легкого осложнилась эмпиемой плевры. 3 больных были старше 65 лет. Множественные остаточные полости в легких были у 4 больных и одиночные — у 11, причем у 5 из них диаметр остаточной полости превышал 8 см. У 13 пациентов сформировались кистоподобные воздушные полости с толщиной стенки 2 мм и более, окруженные цирротическим ободком; при бронхоскопии выявлялась картина рубцового стенозирования дренирующих бронхов. Только у

2 больных были буллезные остаточные полости с толщиной стенки 1 мм, без резких изменений легочного рисунка. Показатели спирографии при выписке выявили, что внешнее дыхание в данной группе было достаточно компенсировано.

Через 5—6 мес у этих 15 больных появились кашель, выделение небольшого количества гнойной мокроты, кровохарканье, субфебрилитет, хрипы в легком. При опросе выяснилось, что большинство из них после выписки из стационара сразу приступили к работе, причем у 4 человек профессия была связана с неблагоприятными условиями труда (кочегары, сварщики); восстановительное лечение отсутствовало. В результате обострения нагноение остаточных полостей наступило у 11 больных, хотя полости несколько уменьшились в размерах. У 3 из них при бронхографии выявлены смешанные бронхоэктазы в прилегающих к полости участках легкого. При бактериологическом исследовании мокроты, содержащего гнойников в легком в этой группе больных в период обострения патогенные стафилококки выделены у 7, стафилококки в сочетании с синегнойной палочкой и протеем — у 4. В связи с нагноением остаточных полостей и формированием хронических абсцессов и бронхоэктазов эти 11 больных могли быть излечены радикальной операцией. Нами оперированы 6 из 11; все пациенты успешно перенесли резекцию доли легкого. Морфологическое исследование препаратов резецированных легких показало, что внутренняя стенка полостей представлена фиброзной тканью, частично или полностью выстланной многослойным плоским эпителием. Иногда в препарате находили мелкие полости, возникшие в период обострения в прилегающих к абсцессу участках легкого, но не выявленные до операции рентгенологически.

У 4 из 15 больных консервативное лечение привело к ликвидации обострения воспаления с облитерацией остаточных полостей у 3, что было установлено с помощью рентгеномографии и рентгенопневмополиграфии. Ограниченные участки пневмосклероза и эмфиземы на месте полостей при последующем 5-летнем наблюдении не имели тенденции к прогрессированию. Только у 1 больного остаточные полости после ликвидации обострения трансформировались в приобретенные кисты (поликистоз) с периодически возникающим кровохарканьем и легочным кровотечением.

Из 36 больных, выписанных с остаточным локальным пневмосклерозом, в отдаленные сроки обострение с прогрессированием было только у 3. У лиц с обострением мы наблюдали тяжелую предшествующую форму гнойно-деструктивной пневмонии — остаточный долево́й пневмосклероз с уменьшением пораженной доли, деформацией и смещением средостения, с плевральными наслоениями. Одной из причин неблагоприятного течения с развитием симптоматики легочного сердца были возраст (67 и 76 лет) и бронхиальная астма (у 1 больного). 2 больных этой группы при прогрессирующем течении пневмосклероза умерли через 3—4 года после выписки.

Рецидивы возникли у 6 (4,9%) из 122 больных с остаточными изменениями в легких после консервативного лечения гнойно-деструктивной пневмонии. Следует отметить малую изученность клиники и исходов рецидивирующих форм и отсутствие в связи с этим единых взглядов на процесс и терминологию. Мы полагаем, что рецидив определяется новой локализацией поражения по отношению к зоне первоначальной деструкции легкого и сформировавшимся остаточным буллезно-склеротическим изменениям. Используя схему, предложенную Ю. М. Репиным (1976) для фтизиатрической практики, мы разделили рецидивы на местные — в зоне остаточных воздушных полостей или пневмосклероза, в том же сегменте (1 больной), и отдаленные — в новых, ранее не пораженных сегментах легкого (5 больных, причем у 3 из них в другом легком). У 2 больных рецидивы были ранние (развились в первые 2—6 мес после выписки), а у остальных 4 — поздние (в сроки от 6 мес до 2 лет).

В генезе рецидивов, несомненно, играет роль совокупность многих факторов: особенность исходных форм заболевания, иммунобиологическое состояние организма и выраженность местного иммунитета. Первоначальная форма заболевания у 5 из 6 больных данной группы характеризовалась обширностью поражения: у 3 больных деструкция легкого осложнилась эмпиемой плевры, у 1 были три большие (диаметр 6—8 см) полости в легком, еще у 1 — тотальное поражение целой доли легкого (гнойный лобит). Доминирующее значение среди возбудителей гнойного процесса принадлежало патогенным стафилококкам (у 5 из 6 больных).

По клинко-рентгенологической форме рецидивирующие пневмонии в группе лиц с остаточными изменениями в легких у 2 носили инфильтративный, а у остальных 4 — деструктивный характер с повторным образованием гнойных и воздушных полостей в легких, с эмпиемой плевры у 1 больного. У 5 больных при рецидиве из мокроты и гнойников легкого была выделена культура патогенного стафилококка.

Лечение больных с рецидивами после гнойно-деструктивной пневмонии затруднительно: из-за новой локализации участков распада легкого приходилось ограничивать-

ся консервативными мерами. Часто наблюдались токсические и аллергические реакции в связи с повторной массивной антибиотикотерапией. Все же раннее лечение с применением иммунопрепаратов, индивидуальный подбор антибактериальных средств в сочетании с пункцией гнойников позволили добиться выздоровления, но с новым формированием остаточных полостей (у 3 больных) и локального пневмосклероза (у 2). Умер 1 больной от гнойной интоксикации в связи с появлением гнойного плеврита и нагноением остаточной полости в другом легком. При местном рецидиве у 1 больного успешно проведена резекция доли легкого. Через 1—3 года после рецидива умерли еще 2 больных: один от легочного кровотечения в период обострения и нагноения остаточной полости, другой — при тяжелом течении бронхальной астмы.

Даже эти немногочисленные наблюдения позволяют высказать предположение, что предшествующие и вновь формирующиеся буллезно-склеротические изменения после гнойно-деструктивной пневмонии ведут к формированию хронических неспецифических заболеваний легких.

У 2 человек, перенесших гнойно-деструктивную пневмонию, через 5 и 12 мес выявлен туберкулез с выделением палочек Коха. Еще у 2 больных констатируется развитие плоскоклеточного рака: у одного — через 7 лет, в стенке остаточной полости, у другого — через 4 года, в сегменте, пограничном с зоной фиброза после заживления остаточной полости.

Таким образом, у 19,7% больных с остаточными изменениями в легких после перенесенной гнойно-деструктивной пневмонии в отдаленные сроки возникли обострения и рецидивы, что ограничивает полноценную реабилитацию. Требуется длительное наблюдение за лицами, леченными консервативно по поводу острой гнойной деструкции легких, по индивидуальной программе, с обязательной рентгенографией или крупнокадровой флюорографией, анализом крови, спирографией. В настоящее время осмотр с указанным объемом исследования мы проводим через месяц после выписки, а затем ежеквартально в течение года (поликлинический этап реабилитации). Так как число лиц с остаточными полостями в легких после гнойно-деструктивных процессов довольно значительно (70,5% в наших наблюдениях), то на современном этапе развития пульмонологической помощи для таких больных следует иметь реабилитационные отделения или выделять койки для проведения курсов восстановительного лечения (ингаляции, физиотерапия, иммунизация, закалывающие процедуры, ЛФК с учетом функциональных проб) с целью предупреждения обострений и рецидивов.

Если у больных с кистоподобными полостями в легких в течение 3—6 мес появляется кашель, выделение мокроты, кровохарканье, субфебрилитет, то следует думать о формировании хронического абсцесса легкого или обострении дремлющей инфекции в прилегающих к полости участках легкого с образованием бронхоэктазов. Эти больные подлежат хирургическому лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников И. С., Вихриев Б. С. Абсцессы легких. Л., Медицина, 1973.
2. Колесов А. П., Ищенко Б. И. Грудная хир., 1978, 3.
3. Кузин М. И., Помелов В. С., Мариенберг В. А., Гузнов Г. И. Клини. мед., 1968, 12.
4. Кузюкович П. М. Грудная хир., 1978, 2.
5. Либов С. Л., Островский С. Е. Там же, 1967, 1.
6. Муромский Ю. А., Сазонов А. М., Котова О. И., Крючкова Г. С., Лященко В. И. Сов. мед., 1978, 4.
7. Мустафин Д. Г. Клини. мед., 1975, 12.
8. Репин Ю. М. Основы хирургической фтизиатрии. Л., Медицина, 1976.
9. Федоров Б. Д., Воль-Эпштейн Г. Л. Абсцессы легких. М., Медицина, 1976.
10. Чернобровый Н. П., Юдина Л. В., Мищенко Ф. Ф., Скакальская Л. И. Грудная хир., 1974, 4.

Поступила 14 января 1980 г.

УДК 616.24—002—053.2

О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ

А. З. Гимранова, Р. И. Шакиров, В. Г. Ворона

*Кафедра факультетской педиатрии (зав. — доц. А. З. Гимранова) Башкирского
медицинского института*

Реферат. Неспецифические факторы сопротивляемости организма детей оказались ниже при локализованной пневмонии, что можно отнести за счет частых перенесенных и сопутствующих заболеваний и рассматривать как причину декомпенсации защитных механизмов в период клинического выздоровления. При анализе историй развития детей, перенесших пневмонию, выявлены рецидивы у 30,5% детей после

локализованной и у 25,2% — после токсической формы. Следовательно, долечивание в амбулаторных условиях необходимо проводить независимо от формы перенесенной пневмонии.

Ключевые слова: острая пневмония у детей, неспецифические факторы защиты.

1 таблица.

Под нашим наблюдением находилось 667 детей, больных острой пневмонией: 622 ребенка в возрасте до 5 лет (355 — до года) и 45 — старше 5 лет. У 59,9% больных была пневмония локализованной формы, у 40,1% — токсической. 66,4% больных госпитализированы в первые 5 дней болезни, остальные — позже.

У всех детей изучали состав периферической крови. В разгаре заболевания у 46,3% больных выявлена анемия, которая в дальнейшем продолжала нарастать и обнаруживалась у половины больных в периоде клинического выздоровления. Чаше анемия развивалась при локализованной форме пневмонии, что объясняется большей частотой сопутствующих и перенесенных заболеваний в группе детей с этой формой пневмонии.

Почти у половины больных в разгаре болезни и в периоде клинического улучшения определялся лейкоцитоз, у трети он сохранялся и при клиническом выздоровлении; у 38,9% во все периоды заболевания обнаруживалась лейкопения. Следует отметить, что нейтрофильный лейкоцитоз сопровождал преимущественно токсическую форму заболевания, а лейкопения с нейтропенией — локализованную. Лимфопения, выявленная в разгаре пневмонии у 43,1% больных, в периоде клинического улучшения несколько нарастала, а к периоду клинического выздоровления сохранялась у 28,9%; лимфоцитоз регистрировался соответственно у 39%, 22,8% и 40,9% больных. У половины больных во всех периодах болезни определялась моноцитопения, которая оставалась и в периоде клинического выздоровления у 59,2% больных. Моноцитоз в разгаре болезни обнаружен у четвертой части больных. У 15,9% он сохранялся и в периоде клинического выздоровления. Среднее содержание моноцитов у большинства детей с локализованной пневмонией оказалось достоверно ниже, чем при токсической.

Уменьшение количества или отсутствие эозинофилов в разгаре заболевания выявлено у 66,1% больных. У половины детей (50,3%) этот сдвиг сохранялся и при клиническом выздоровлении. Эозинофилия в разгаре заболевания отмечалась у 22,5% больных, к периоду клинического выздоровления она констатирована у трети (31,5%) детей, чаще при локализованной форме пневмонии. У 83% больных в разгаре заболевания отмечалось увеличение СОЭ, которая у 64,7% детей составляла от 10 до 25 мм в час и в периоде клинического выздоровления.

Из изложенного видно, что при пневмонии у детей имеются значительные изменения в периферической крови, особенно выраженные при локализованной форме заболевания: у большого числа больных этой формой обнаруживалась анемия, лейкопения, моноцитопения. Лимфоцитоз свидетельствует о благоприятном исходе заболевания. Вместе с тем лимфоцитоз и эозинофилия указывают на большую аллергизацию организма у этих больных, которая объясняется частотой перенесенных и сопутствующих заболеваний. Увеличение СОЭ у значительного числа больных и нарастание лейкоцитоза и нейтрофилеза у части из них говорят об остаточных явлениях в бронхолегочной системе при клиническом выздоровлении.

У 132 больных мы определяли лимфоцитарный и ядерный индексы нейтрофилов, а также содержание комплемента и пропердина в сыворотке крови. Оказалось, что лимфоцитарный и ядерный индексы чаще были снижены при локализованной пневмонии; это свидетельствует о слабой реакции организма на инфекцию, о снижении компенсаторных механизмов.

В разгаре заболевания у одной трети больных комплементарная активность сыворотки крови была снижена как при токсической (32,6%), так и при локализованной (31,9%) формах пневмонии. К периоду клинического выздоровления снижение уровня комплемента наблюдалось у 55,6% больных, преимущественно при локализованной форме (62,9%).

Титр комплемента сыворотки крови в разгаре пневмонии был повышен лишь у четвертой части больных.

Содержание комплемента при локализованной пневмонии во всех возрастных группах к периоду клинического выздоровления было низким (см. таблицу). В разгаре пневмонии снижение титра пропердина сыворотки крови обнаружено у 64,9% больных, повышение — лишь у 8,7%.

Мы проанализировали истории развития 1449 детей в возрасте до 3 лет в консультативном отделении 34-й поликлиники г. Уфы. 280 из них (19,3%) переболели

Содержание комплемента при различных формах пневмонии

Возраст	Статистический индекс	Разгар болезни		Период улучшения		Период выздоровления	
		локализованная форма	токсическая форма	локализованная форма	токсическая форма	локализованная форма	токсическая форма
До 6 мес. . .	$M \pm m$ P	$0,03 \pm 0,007$	$0,05 \pm 0,005$ <0,05	$0,05 \pm 0,01$ >0,2	$0,03 \pm 0,004$	$0,07 \pm 0,03$	$0,03 \pm 0,01$ <0,05
6—12 мес. . .	$M \pm m$ P	$0,06 \pm 0,01$	$0,06 \pm 0,009$ >0,5	$0,04 \pm 0,01$ >0,8	$0,05 \pm 0,008$	$0,06 \pm 0,01$	$0,03 \pm 0,004$ <0,05
1—2 года . .	$M \pm m$ P	$0,05 \pm 0,005$	$0,05 \pm 0,006$ >0,9	$0,07 \pm 0,01$ <0,01	$0,03 \pm 0,008$	$0,06 \pm 0,01$	$0,08 \pm 0,01$ >0,4
2—5 лет . .	$M \pm m$ P	$0,05 \pm 0,004$	$0,06 \pm 0,008$ >0,4	$0,05 \pm 0,008$ >0,9	$0,05 \pm 0,01$		

пневмонией: 87 токсической и 193 — локализованной формой. 181 ребенок был на естественном вскармливании, 73 — на смешанном и 26 детей — на искусственном.

Анализ показал, что у детей, переболевших локализованной пневмонией, рецидивы заболевания возникли в 30,5%, а у перенесших токсическую форму — в 25,2%.

При диспансерном наблюдении отмечено, что после перенесенной пневмонии у детей сохранялась бледность и мраморность кожных покровов, «тени» под глазами, сухость кожи, гиперпигментации в области крупных суставов. Часто выявлялась анемия нормохромного типа, у некоторых детей обнаруживались небольшой нейтрофилез, увеличение СОЭ (в пределах 10—20 мм в ч), приглушение тонов сердца; нередко прослушивался систолический шум. Эти остаточные явления были выражены независимо от формы перенесенной пневмонии.

Таким образом, дети, переболевшие пневмонией, должны находиться на диспансерном учете. Независимо от перенесенной формы заболевания, необходимо проводить долечивание, делать регулярный массаж грудной клетки и гимнастику в течение месяца, постепенно увеличивать длительность пребывания пациентов на свежем воздухе. При наличии лейкопении следует назначать метилурацил, пентоксил; при гипотрофии — апилак, тиреоидин, инсулин; при анемии — витамин В₁₂, железо с алоэ, феррум-лек и другие препараты железа. С целью стимуляции неспецифических факторов защиты рекомендуется проводить инъекции экстракта алоэ по 0,5 внутримышечно до 10—15 раз, плазмолла, γ-глобулина. Из физиотерапевтических мероприятий эффективны электрофорез с хлористым калием, аскорбиновой и никотиновой кислотами. Можно рекомендовать настои трав — мать-и-мачехи, подорожника, чебреца, душицы.

Поступила 5 декабря 1978 г.

УДК 616.33—002.44—073.75

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА ДВУКОНТРАСТНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ

И. Р. Хабибуллин

Кафедра рентгенологии (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Показаны преимущества методики двуконтрастного рентгенологического исследования в выявлении поверхностных изъязвлений желудка. Приведены 2 типичные рентгенограммы.

Ключевые слова: желудок, поверхностная язва, двуконтрастное рентгенологическое исследование.

2 иллюстрации.

При исследовании рентгенологом желудка по общепринятой методике снимки дают возможность изучить рельеф слизистой, а гастрोगрамма с тугим заполнением — его контуры, что позволяет врачу определить выявленную им деструкцию слизистой как «рельеф ниши» или же как «контурную нишу». Без установления прямого симптома язвы наличие только функциональных признаков делает диагноз сомни-

тельным, а если обнаруживается прямой симптом язвы, то функциональные признаки приобретают вторичное значение.

При язвах небольшой глубины классическая методика исследования не обеспечивает диагностику. Об этом ярко свидетельствует редкая выявляемость поверхностных изъязвлений при исследовании рельефа, именно поэтому двуконтрастное исследование желудка считается оптимальной техникой рентгенологического определения поверхностных разрушений слизистой желудка. Язва желудка любой природы вначале представляет собой поверхностное разрушение слизистой глубиной до 1 мм, но без реактивных изменений окружающих и подлежащих тканей. Выявление подобной патологии возможно лишь при эндоскопии. Но когда глубина эрозии достигает порядка 2 мм, она удачно может улавливаться на рентгенограммах желудка, произведенных с применением двуконтрастной методики.

За счет тонкого обмазывания внутренней поверхности желудка контрастной массой при двуконтрастном исследовании представляется возможным установление эрозий даже без изменений окружающих и подлежащих тканей. Расчет делается на импрегнацию барием малого язвенного кратера на фоне расправленной слизистой оболочки. Следовательно, методика двуконтрастного исследования рассчитана на обнаружение сугубо органической патологии без учета функционального состояния желудка. Примечательным является то, что на снимках после расправления и сглаживания рельефа внутренней стенки желудка определяются даже поверхностные разрушения слизистой в виде симптома «пятна».

Применяемая методика чрезвычайно проста. Исследуемый должен выпить 2 порции по 50 мл взвеси мелкоизмельченного бария, содержащей по отдельности в составе контрастного вещества лимонную кислоту и соду. После этого больного укладывают на спину с некоторым приведением правого плеча и в первые 2—3 мин производят снимки. По снимкам можно судить даже о преобладающем наличии в желудке жидкости или слизи. Если дистальная половина почти прозрачна, можно считать, что натепок преобладала жидкость. Флокуляция бария свидетельствует, что преобладала слизь, которая тонким слоем покрывала окружность желудочных полей. Иллюстрацией могут служить следующие наблюдения.

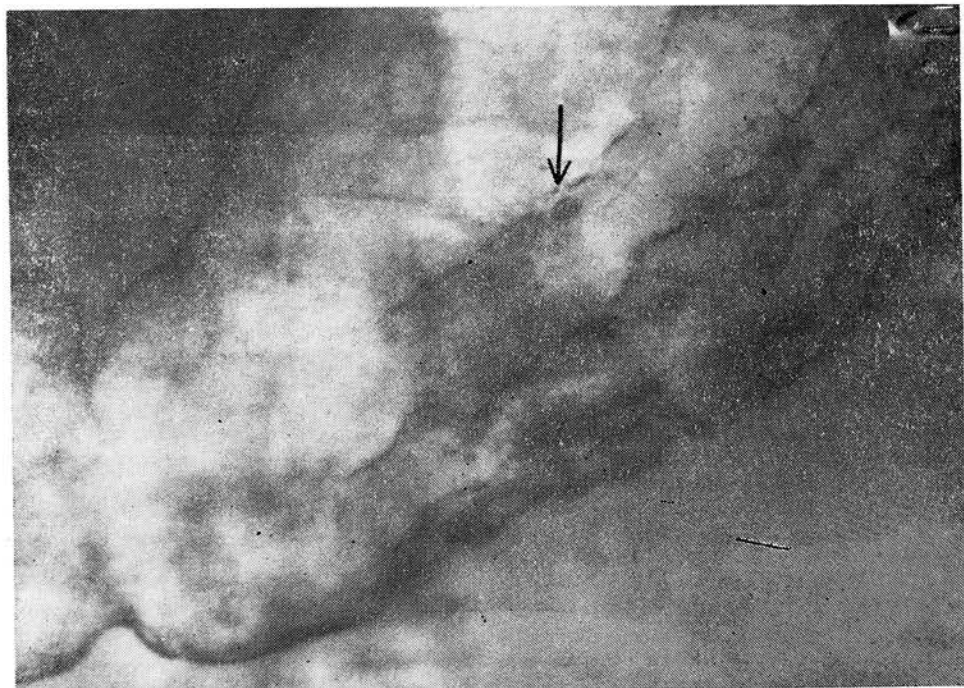


Рис. 1. Рентгенограмма желудка больной С. Хорошо видны неполностью сглаженные, отечные складки слизистой тела желудка. В нижней трети тела на задней стенке две поверхностные эрозии, симптом «пятна».

С., 41 г., поступила на стационарное обследование по поводу болей в эпигастрии. При рентгенологическом исследовании двуконтрастной методикой на снимке выявлены 2 пятна размерами 2 мм, расположенные на задней стенке средней трети тела

желудка. Заключение: эрозия тела желудка (рис. 1). Произведена гастропатрофроскопия, обнаружены 2 эрозивные поверхности без заметных реакций окружающих тканей. Заключение: эрозивное поражение слизистой задней стенки тела желудка. После курса лечения С. выписана, жалобы отсутствуют.

Рентгенологическое проявление разрушений слизистой желудка зависит от их глубины, протяженности и от состояния окружающих и подлежащих тканей. С течением времени за счет присоединения отека и воспаления окружающих тканей края поврежденной слизистой слегка приподнимаются в виде нежного валика, а изъязвленная поверхность углубляется в пределах слизистого слоя. Эти изменения за экраном неувловимы, но хорошо видны на снимках с расправленным рельефом.

Д., 45 лет, обратилась по поводу болей в подложечной зоне. Прежде подозревалась язвенная болезнь дуоденальной локализации. При рентгенологическом исследовании с производством снимков в синусе желудка выявлен участок импрегнации бария размером 2 мм с небольшим воспалительным венчиком (рис. 2). Заключение: эрозия синуса желудка. Через 3 дня произведена гастропатрофроскопия, при которой подтверждено наличие эрозии на фоне гиперемии с нежным воспалительным валом. Повторная гастроскопия не производилась.

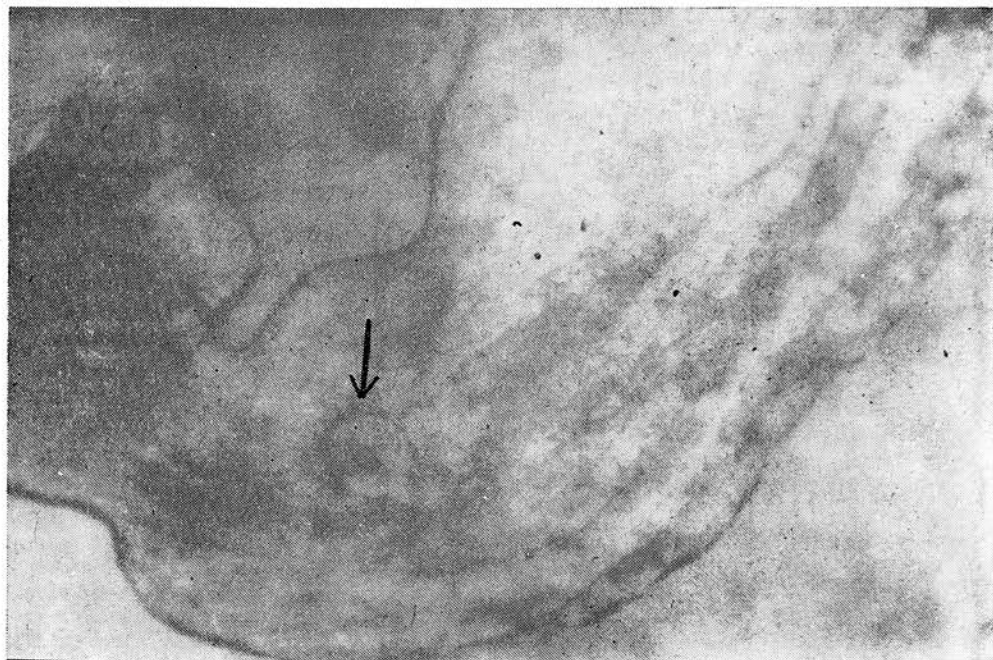


Рис. 2. Рентгенограмма желудка больной Д. Небольшое валикообразное возвышение слизистой задней стенки антрального отдела желудка с симптомом «пятна» в центре. Фиброгастропатрофроскопически определяется эрозия.

Когда тканевая реакция достигает подслизистого слоя, патологический процесс становится доступным визуальному контролю за экраном, т. е. рентгенологическая картина разрушения слизистой принимает классический вид.

Таким образом, неглубокие эрозии стенки желудка отчетливо выявляются при применении двухконтрастного метода исследования. К сожалению, данная патология еще не стала предметом пристального изучения и рентгенологического распознавания, хотя для этого имеются реальные предпосылки. Из описанного становится ясным, что в выявлении поверхностных язв желудка методика двухконтрастного исследования должна быть не дополнительной, а основной. В связи с широким внедрением эндоскопического метода исследования в практику здравоохранения рентгенологам следует пересмотреть устоявшиеся взгляды на перспективы определения поверхностных и малых эрозий слизистой желудка.

Поступила 31 марта 1980 г.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ТРАНСЛЮМБАЛЬНОЙ АОРТОГРАФИИ

А. А. Замалетдинов, М. Ф. Мусин

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Освещается методика транслюмбальной пункции аорты, основанная на применении индивидуально для каждого пациента математических расчетов при определении углов направления иглы к аорте и расстояний от точки вкола иглы до точки пункции аорты, на использовании специального устройства для направления иглы к аорте строго по рассчитанным углам. Методика позволяет безошибочно в 100% подвести иглу к намеченному уровню пункции аорты, а также уменьшить травматичность исследования.

Ключевые слова: транслюмбальная аортография.
6 иллюстраций. 1 таблица.

Одним из главных недостатков существующей методики транслюмбальной аортографии, по нашему мнению, является несовершенство техники ее выполнения: выбор уровня точки вкола иглы на коже пациента, уровня точки пункции аорты, а также выбор угла направления и продвижение иглы к аорте полностью возложены на опыт исследователя.

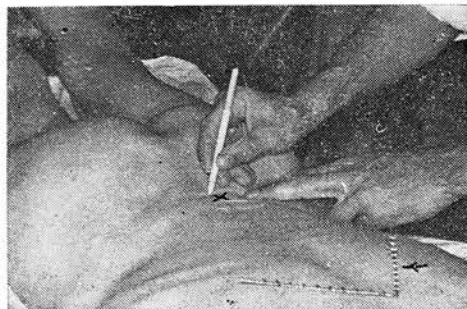


Рис. 1. В положении пациента лежа на животе делают метку над остистым отростком третьего или четвертого поясничных позвонков; на метку устанавливают рентгеноконтрастную линейку (указана стрелкой).

под 90° тонкие металлические стержни, имеющие сантиметровые деления (на рис. 1 линейка указана стрелкой). Один из стержней линейки кладут свободным концом на вышерасположенные остистые отростки, другой стержень свободным концом обращен в левую сторону пациента. С закрепленной в этом положении линейкой пациенту делают рентгеновские снимки поясничной области в двух взаимно перпендикулярных проекциях (в прямой и боковой).

На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника отчетливо получается изображение линейки, которое по рентгенограмме в прямой проекции (рис. 2) позволяет точно наметить и рассчитать, на каком расстоянии находятся желаемые уровни точки вкола иглы (М) и точки пункции аорты (N) от нанесенной на коже пациента метки, а также определить расстояние (I) между уровнями точки вкола иглы и точки пункции аорты (рис. 2).

По рентгенограмме в боковой проекции (рис. 3) можно определить расстояние от точки пункции аорты до поверхности кожи пациента (на рентгенограмме — до изображения линейки): на уровне намеченной точки пункции аорты (h) и на уровне точки вкола иглы (b). Так как при выполнении рентгенограммы в боковой проекции аорта и стержень линейки, расположенный на остистых отростках, находятся примерно на одной плоскости и подвергаются одинаковому увеличению, то отсчет расстояния кожа — аорта необходимо производить в сантиметрах, но по шкале полученного на рентгенограмме изображения линейки.

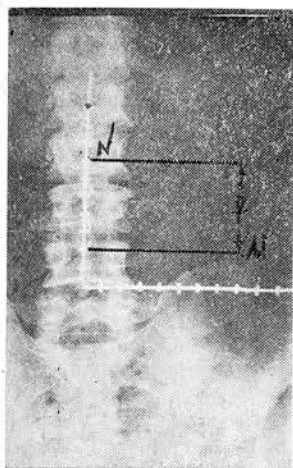


Рис. 2. По рентгенограмме поясничного отдела позвоночника в прямой проекции определяют желаемые уровни точки вкола иглы (M), точки пункции аорты (N) и расстояние между ними (f).

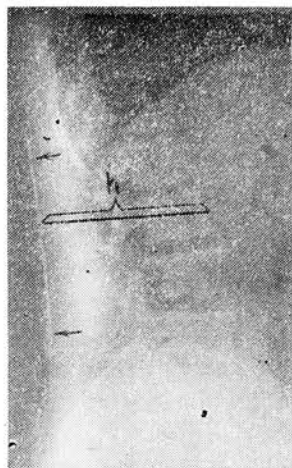


Рис. 3. По рентгенограмме поясничного отдела позвоночника в боковой проекции определяют расстояние от точки пункции аорты до изображения линейки (изображение линейки показано стрелкой): на уровне точки пункции аорты.

ния тангенсов находят по таблице В. М. Брадиса. По формуле $C^2 = a^2 + b^2$ рассчитывают расстояние от точки вкола иглы до точки пункции аорты, одно из необходимых условий для осуществления транслумбальной пункции аорты.

Для удобства в работе, чтобы освободить исследователя от математических расчетов, мы составили таблицу наиболее часто применяемых показателей углов (β_1 и α) на транспортирах устройства и расстояний от точки вкола иглы до точки пункции аорты, которые определяются при известных значениях a , h , f (см. табл.).

Угол направления иглы и расстояний от точки вкола до аорты для проведения транслумбальной пункции аорты

h (см)	f (см)	Угол α	a (см)					
			8		9		10	
			C (см)	угол β_1	C (см)	угол β_1	C (см)	угол β_1
8	3	20°33'	11,7	43°07'	12,41	46°29'	13,15	49°29'
	4	26°34'	12,0	41°49'	12,69	45°11'	13,42	48°11'
	5	32°	12,37	40°18'	13,04	43°39'	13,75	46°40'
	6	36°52'	12,81	38°39'	13,45	41°59'	14,14	45°
	7	41°11'	13,3	36°58'	13,93	40°15'	14,59	43°15'
	8	45°	13,86	35°16'	14,46	38°30'	15,1	41°28'
9	3	18°26'	12,41	40°08'	13,08	43°30'	13,78	46°30'
	4	23°58'	12,69	39°05'	13,34	42°25'	14,04	45°26'
	5	29°03'	13,04	37°51'	13,67	41°10'	14,35	44°10'
	6	33°41'	13,45	36°29'	14,07	39°46'	14,73	42°45'
	7	37°52'	13,93	35°03'	14,53	38°17'	15,17	41°15'
	8	41°38'	14,46	33°36'	15,03	36°47'	15,65	39°42'

При известных расстояниях: точка вкола (M) — остистый отросток (L) и точка пункции аорты (N) — кожа над остистым отростком на уровне точки вкола (L), — можно представить условно прямоугольный треугольник LMN (рис. 4), у которого катетами (a и b) служат известные расстояния — ML и NL, а гипотенузой (C) является расстояние NM от точки вкола (M) до точки пункции аорты (N). Построение условного прямоугольного треугольника с известными катетами позволяет с помощью тригонометрической системы тангенсов рассчитать углы направления иглы к аорте в каждом случае. Углы направления иглы (β_1 , β , α) можно представить следующими формулами: $\operatorname{tg} \beta_1 = \frac{a}{b}$

$$\operatorname{tg} \beta = \frac{b}{a}, \operatorname{tg} \alpha = \frac{f}{h} . \text{Значение}$$

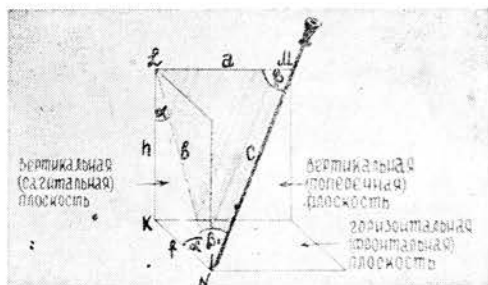


Рис. 4. Схема математического расчета углов направления иглы и расстояния от точки вкола иглы до точки пункции аорты.

h (см)	f (см)	Угол α	a (см)					
			8		9		10	
			C (см)	угол β_1	C (см)	угол β_1	C (см)	угол β_1
10	3	16°42'	13,15	37°28'	13,78	40°46'	14,46	43°46'
	4	21°48'	13,42	36°36'	14,04	39°53'	14,7	42°53'
	5	26°34'	13,75	35°35'	14,35	38°50'	15,0	41°49'
	6	30°58'	14,14	34°27'	14,73	37°39'	15,36	40°37'
	7	35°	14,59	33°14'	15,17	36°24'	15,78	39°19'
	8	38°39'	15,1	31°59'	15,65	35°06'	16,25	37°59'
11	3	15°15'	13,93	35°03'	14,53	38°17'	15,17	41°15'
	4	19°59'	14,18	34°21'	14,76	37°33'	15,39	40°31'
	5	24°27'	14,49	33°30'	15,07	36°41'	15,68	39°37'
	6	28°37'	14,87	32°34'	15,43	35°41'	16,03	38°36'
	7	32°28'	15,3	31°32'	15,84	34°37'	16,43	37°29'
	8	36°02'	15,78	30°28'	16,31	33°30'	16,88	36°19'
12	3	14°02'	14,73	32°54'	15,3	36°02'	15,91	38°57'
	4	18°26'	14,97	32°18'	15,52	35°26'	16,12	38°20'
	5	22°37'	15,26	31°36'	15,81	34°42'	16,4	37°34'
	6	26°34'	15,62	30°48'	16,15	33°51'	16,73	36°42'
	7	30°15'	16,03	29°56'	16,55	32°56'	17,12	35°45'
	8	33°41'	16,49	29°01'	17,0	31°58'	17,55	34°44'

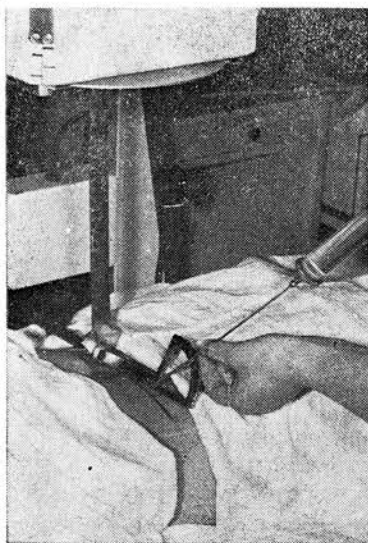


Рис. 5. Направление иглы к аорте под острым углом к оси аорты с использованием специального устройства.

Например, если решено произвести вкол иглой на расстоянии 9 см от остистых отростков ($a=9$ см), по боковой рентгенограмме установлено, что расстояние от кожи над остистыми отростками до аорты на уровне точки пункции аорты составляет 10 см ($h=10$ см), а по рентгенограмме в прямой проекции определено, что намеченный уровень точки пункции аорты располагается от уровня точки вкола иглы на расстоянии 5 см ($f=5$ см), то на месте пересечения в таблице значений a , h и f находим, что расстояние (C) от точки вкола иглы до точки пункции аорты составляет 14,35 см, угол $\beta_1=38°50'$, а угол $\alpha=26°34'$.

Для продвижения иглы к аорте точно по рассчитанным углам и обеспечения пункции аорты на желаемом уровне нами разработано и сконструировано устройство, которое снабжено направлятелем для иглы, транспортирами для регистрации углов направления иглы, специальным приспособлением — платой для крепления всего устройства к рентгеновской трубке. Устройство позволяет осуществлять как верхнюю, так и нижнюю транслюмбальную пункцию аорты, т. е. игле можно придать относительно оси аорты как краниальное (рис. 5), так и перпендикулярное направление.

Исследование аорто-артериальной системы методом транслюмбальной аортографии проведено нами у 146 больных (всего 158 исследований): у 46 больных выполнено 46 исследований по общепринятой методике Дос Сантоса — Лопаткина, а у 100 больных произведено 112 исследований по усовершенствованной нами методике, в большинстве случаев с точкой вкола на уровне 4-го поясничного позвонка и пункцией аорты на уровне 3—2-го поясничных позвонков (рис. 6).

Из 46 транслюмбальных ангиографических исследований, проведенных по общепринятой методике, лишь в 12 случаях игла с первой попытки подведена к наме-

ченному уровню пункции аорты. Дополнительно, за счет неоднократного изменения направления иглы после пробного снимка, удалось добиться желаемого результата еще в 20 случаях. В конечном итоге игла точно подведена к намеченному уровню только в 32 случаях.

При транслюмбальных ангиографических исследованиях, выполненных по усовершенствованной методике, игла во всех 112 случаях с первой же попытки безошибочно подведена к намеченному уровню пункции аорты. Сравнение результатов подведения иглы к намеченному уровню пункции аорты показало убедительное преимущество предлагаемой методики транслюмбальной аортографии перед общепринятой. Использование устройства для направления иглы по рассчитанному углу не усложняет методику транслюмбальной аортографии, а, наоборот, делает ее более простой и доступной. Травматичность исследования по усовершенствованной методике становится минимальной (за счет прохождения линии хирургического действия иглы от точки вкола до точки пункции аорты по одной прямой). И, наконец, в связи с тем, что использование устройства обеспечивает безошибочное направление пункционной иглы к намеченному уровню пункции аорты одинаково в каждом случае, предлагаемая методика транслюмбальной аортографии приобретает унифицированный характер.

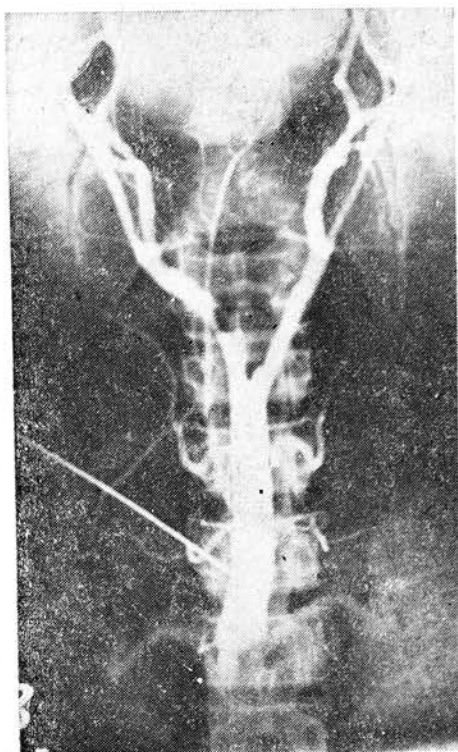


Рис. 6. Транслюмбальная аортограмма, произведенная по усовершенствованной методике транслюмбальной аортографии с точкой пункции аорты на уровне второго и точкой вкола иглы на уровне четвертого поясничных позвонков.

Поступила 18 февраля 1980 г.

УДК 615.841.1:618.39—009.614

ИГЛОАНАЛЬГЕЗИЯ ПРИ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Б. Г. Сутюшев

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Проведено сравнительное исследование эффективности иглоанальгезии аборта по сравнению с методами местного обезболивания. Акупунктурная анальгезия оказалась более эффективным способом обезболивания операции аборта, чем парацервикальное введение новокаина и смазывание слизистой цервикального канала дикаином.

Ключевые слова: иглоанальгезия, аборт.

1 таблица. Библиография: 5 названий.

В акушерско-гинекологической практике с целью обезболивания родов и гинекологических операций с успехом применяются иглоукалывание и электропунктура [3, 5]. Работ, непосредственно касающихся иглоанальгезии операции аборта, в отечественной литературе мы не встретили. Перед нами была поставлена задача исследовать эффективность применения иглоанальгезии при данной операции, а также сравнить этот способ с другими методами местного обезболивания (парацервикальной новокаиновой блокадой 0,25% раствором новокаина, смазыванием шейки матки 5% раствором дикаина и комбинацией обоих методов). Для акупунктурного обезболивания мы использовали рецептуру корпоральных точек, предложенных Нгуен-Ван-Ти

и соавт. (1974): точки 36-III-цзу-сан-ли, 6-IV-сань-инь-цзяо, 4-II-хэ-гу, 26-XI-дай-май, 28-XI-вэй-дао. Рецептура дополнялась аурикулярными точками, рекомендованными Д. М. Табеевой и Л. М. Клименко (1976). Для электровоздействия на точки пользовались отечественным аппаратом «Элита-4». Время воздействия — 30 мин, сила тока 500 мА, напряжение 9 В, частота от 8 до 200 Гц. Перед иглоанальгезией проводили клиническое обследование женщин, что позволяло выявить возможные противопоказания. До акупунктурной аналгезии всех пациенток подвергали психотерапевтической подготовке. Это давало возможность снять отрицательные эмоции и связанные с ними реакции организма. Учитывая, что критерии оценки эффективности обезболивания до сих пор окончательно не определены, так как восприятие боли всегда субъективно и ее характеристика индивидуальна, с целью большей объективизации эффекта обезболивания мы использовали шкалу оценки обезболивания родов, разработанную Н. Н. Расстригиным (1978). Под наблюдением находилось 120 беременных. Для наглядности сравнения методов обезболивания пациентки были разделены на 4 количественно равные группы. 1-й группе проводили акупунктурное обезболивание; 2-й применяли парацервикальное введение 0,25% раствора новокаина; 3-й — смазывание слизистой цервикального канала 5% раствором дикана; 4-й — сочетание 2-го и 3-го методов обезболивания. В процессе обезболивания проверяли общее самочувствие пациенток, интенсивность болевых ощущений, пульс, АД.

Результаты сравнительной оценки эффективности обезболивания абортс указанными выше методами представлены в таблице.

Эффективность различных методов обезболивания

Эффективность обезболивания	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
Хорошая (8—10 баллов)	19 (63,3%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)	16 (53,3%)
Удовлетворительная (4—7 баллов)	6 (20,0%)	13 (43,3%)	9 (30,3%)	7 (23,3%)
Неудовлетворительная (0—3 балла)	5 (16,7%)	7 (23,3%)	14 (46,6%)	7 (23,3%)

Из данных таблицы видно, что при обезболивании акупунктурой преобладали хорошие результаты, при парацервикальном введении 0,25% раствора новокаина — удовлетворительные, при смазывании слизистой цервикального канала 5% раствором дикана — неудовлетворительные, при сочетании 2-го и 3-го способов обезболивания почти вдвое возрос хороший эффект, а удовлетворительные и неудовлетворительные результаты оказались приблизительно на одинаковом уровне при обезболивании акупунктурой и сочетанным методом.

Кроме того, необходимо отметить, что при применении местного обезболивания у 20% больных наблюдались коллаптоидные реакции, требующие лечебных мероприятий (введения кордиамина, хлористого кальция и др.). Из 730 поступивших на аборт в течение года женщин у 2 при применении только парацервикальной блокады развились осложнения в виде гематом парацервикальной и тазовой клетчатки, которые спровоцировали картину острого живота. Это потребовало лапаротомии, во время которой были установлены значительные гематомы в описанных участках клетчатки таза.

Таким образом, по всем показателям метод акупунктурной аналгезии оказался наилучшим для обезболивания операции аборта. Иглоанальгезия не дает побочных эффектов, которые не исключаются при применении методов местного обезболивания операции аборта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Расстригин Н. Н. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. М., Медицина, 1978.—2. Табеева Д. М., Клименко Л. М. Ухоиглотерапия. Казань, 1976.—3. Kubista E., Kusera H., Müller-Tye E. Am. J. Clin. Med., 1975, 3, 4.—4. Nguyen Van Nghi, Mai Van Dong, Ulderico Lanza. Theorie et pratique de l'analgésie par acupunctur. Marseilles, 1974.—5. Valleté C., Niboyet I. E., Imbert M. J. Gynecol. obstet. biol. reprod., 1973, 2, 5.

Поступила 27 мая 1980 г.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИЛИМФОЦИТАРНОГО ГЛОБУЛИНА ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*З. Ф. Васильева, В. Н. Шабалин, Н. Г. Кошелева, С. А. Карпова,
Л. В. Бокариус, Б. Г. Садыков, Ю. И. Бородин*

*Институт акушерства и гинекологии АМН СССР (директор — проф. Ю. И. Новиков),
Ленинградский институт гематологии и переливания крови (директор — доктор мед.
наук В. Н. Шабалин), кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф.
Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского инсти-
тута им. С. В. Курашова*

Реферат. Проведено клиническое изучение антилимфоцитарного глобулина в качестве средства для подавления резус-изосенсибилизации у 56 беременных. Его применение в комплексе с другими методами способствовало более благоприятному течению беременности, осложненной резус-конфликтом. Антилимфоцитарный глобулин вызывает снижение патогенной активности иммунологической системы матери в отношении организма плода.

Ключевые слова: беременность, резус-конфликт, гемолитическая болезнь новорожденных, антилимфоцитарный глобулин, гипосенсибилизирующая терапия.

Библиография: 11 названий.

Среди причин перинатальной смертности ведущее место занимает гемолитическая болезнь плода и новорожденных, обусловленная резус-конфликтом.

По данным М. А. Петрова-Маслакова и В. Г. Матысяк (1960), при резус-конфликте 13—16% беременностей заканчиваются внутриутробной гибелью плодов, причем антенатальная смертность в три раза превышает постнатальную [11]. В связи с этим на первый план выдвигается проблема профилактики тяжелых внутриутробных поражений плода гемолитической болезнью.

В целях снижения перинатальной смертности при резус-изосенсибилизации предлагались различные методы гипосенсибилизации [1, 10]: антигистаминные препараты — антистин, цитраль [2, 7], кортикостероидная терапия, ЭАКК [8,] частично-замененные гемотрансфузии беременным и пересадка кожного лоскута от мужа [2, 4, 5]. Однако при значительной изосенсибилизации, наличии в анамнезе тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных (отечная, внутриутробная смерть с мацерацией) эти методы недостаточно эффективны.

В последнее время появились сообщения о применении антилимфоцитарного глобулина (АЛГ) при трансплантации органов и тканей, при некоторых аутоиммунных заболеваниях [3], а также при резус-конфликтной беременности с целью подавления активности резус-антител [9]. АЛГ подавляет клеточный иммунитет, тормозит синтез гуморальных антител и продуктивную фазу иммуногенеза, а также предотвращает формирование иммунологической «памяти».

В связи с изложенным нами было проведено клиническое изучение АЛГ в качестве средства для подавления резус-сенсibilизации у многорожавших женщин с крайнеотягощенным акушерским анамнезом.

Под наблюдением находилось 56 женщин (42 беременные и 14 небеременных), состоящих на диспансерном учете в течение ряда лет. Все счи подвергались полному клиническому и иммуногематологическому обследованию. При выяснении анамнеза мы придавали большое значение течению и исходу предыдущих беременностей и родов, состоянию детей в период новорожденности и дальнейшему их развитию. Учитывали гемотрансфузионный анамнез, время выявления изоиммунизации, определяли тип и форму изоиммунных антител.

В прошлом женщины имели от 2 до 10 беременностей, все они, за исключением 6, были сенсibilизированы переливанием крови до наступления беременности в связи с различными заболеваниями или травмой. У 26 женщин отмечено в анамнезе рождение плодов с отчетливой формой гемолитической болезни. Только 7 женщин имеют детей, рожденных от первой беременности, у остальных детей нет. Rh-генотип мужей 40 женщин указывал на невозможность рождения ребенка с резус-отрицательной кровью. У мужей 16 женщин генотип не исследован.

Большинству женщин с целью снижения титра резус-антител ранее назначали медикаментозные средства, частично-замененные переливания крови, плазмаферез, подсадку кожного лоскута. Однако эффекта не было получено. В связи с безрезультатностью лечения было решено использовать АЛГ для подавления резус-антителопоза.

Перед проведением данного вида терапии женщины проходили клинико-лабораторное обследование для исключения патологии, которая могла бы привести к нежелательным последствиям в результате применения иммунодепрессанта. Беременных для лечения АЛГ помещали в стационар. Введение АЛГ проводили с учетом особенностей иммунологической реактивности организма женщин, выявленной еще до наступления беременности. Всего 42 женщины имели 176 беременностей, из которых 62 закончились медицинскими абортми.

После введения АЛГ определяли его действие на показатели красной и белой крови пациенток. О иммунодепрессивной активности препарата судили по изменению титра антиэритроцитарных и антилейкоцитарных изоиммунных антител.

Нами был использован кроличий и бараний АЛГ с титром лимфоцитотоксических антител 1 : 2048. Все женщины за час до введения АЛГ получали в качестве антиаллергической премедикации пипольфен (0,025 г), димедрол (2 мл 1% раствора внутримышечно), анальгин (0,5 г). Разовая доза АЛГ составляла 3 мл (60 мг белка). Препарат, разбавленный в 50 раз физиологическим раствором хлористого натрия, вводили внутривенно медленно, капельно. Одну дозу назначали до наступления беременности и 1—2 дозы — в 8 и 18—20 нед беременности. У 4 женщин интервал между 1-й и 2-й инъекциями составлял одни сутки. 6 женщинам препарат был введен однократно, 25 — дважды и 25 — трижды. Побочное действие препарата заключалось в подъеме температуры до 37—38°, который держался в течение 5—7 ч. Учащался пульс до 100—110 уд. в 1 мин. К симптомам аллергического характера можно было отнести гиперемию лица, боли в пояснице, головную боль, озноб. Никаких признаков нарушения функции почек, а также угрозы прерывания беременности не было отмечено.

В процессе наблюдения за женщинами, получившими АЛГ, исследовали титр антирезус-антител и морфологический состав крови через 3, 12, 24 ч и 3, 7, 30 сут после введения препарата и в дальнейшем ежемесячно. Установлено уменьшение числа лимфоцитов на 25—50% от исходного уровня, которое обычно определялось уже через 3 ч после введения препарата; через 12 ч количество лейкоцитов достигало минимума, затем постепенно возвращалось к норме в течение 7 сут. Одновременно происходил умеренный подъем числа гранулоцитов — на 10—30%. Число эритроцитов, тромбоцитов и СОЭ после введения АЛГ не изменялись.

Наиболее важные данные были получены при изучении титра антирезус-антител, который до начала лечения составлял 1 : 16—1 : 2048. У 13 женщин обнаружены анти-ДС-антитела, а титр анти-С-антител не превышал 1 : 8.

После введения препарата титр анти-Д-антител снижался у большинства женщин на 1—3 степени уже через 12—24 ч. На 3—7-е сутки отмечалось дальнейшее понижение титра, который на этом уровне удерживался 1—2 мес. Через 3 мес титр повышался (обследовано 9 женщин), но не достигал исходного уровня.

Показатели неспецифического иммунитета (титр лизоцима, комплемента и в-лизулина) у женщин, получавших АЛГ, оказались такими же, как и у не получавших этот препарат.

У 15 женщин из 37 с наличием антилейкоцитарных антител был исследован их титр в динамике. Сыворотки исследовали с 20 образцами лейкоцитов (лимфоцитов) стандартных доноров. Активность лимфоцитотоксических антител оценивали по числу пораженных клеток, которое варьировало в интервале 30—90%. На 5—7-е сутки после введения АЛГ титр лейкоагглютининов снизился на 1—3 степени, одновременно лимфоцитотоксическая активность сывороток уменьшилась до уровня 20—40%. При исследовании через месяц не установлено дальнейшего ослабления антилейкоцитарной активности сывороток, а на более поздних сроках отмечено возрастание титра антилейкоцитарных антител параллельно с антиэритроцитарными.

Применение АЛГ в комплексе с другими методами лечения способствовало более благоприятному течению беременности, несмотря на ожидаемое повышение риска для каждой последующей беременности, осложненной иммунологическим конфликтом. Так, в процентах к числу беременности число выкидышей снизилось с 33,3 до 21,0 мертворождений из-за отечной формы гемолитической болезни — с 36,5 до 31,1; соответственно повысилось с 24,6 до 36,0% рождение детей с желтушной формой гемолитической болезни новорожденного.

Антилимфоцитарный глобулин, примененный у женщины при сроке беременности 25—26 нед и наличии многоводия, обусловил нормализацию шевеления и улучшение сердцебиения плода. Однако произошли самопроизвольные роды отечным плодом на сроке беременности 28—29 ед. Это указывает на необходимость применения АЛГ в более ранние сроки беременности.

Приводим пример благополучного исхода беременности зрелым плодом после лечения АЛГ.

С., 38 лет. Настоящая беременность 11-я, из 10 предыдущих 4 закончились внутриутробной гибелью плода на сроках 32—38 нед, 1 — самопроизвольным абортom и 5 — медицинскими. Ввиду высокой степени изосенсибилизации и неэффективности применяемой терапии при предыдущих беременностях, на сроке беременности 20 нед проведено однократное лечение АЛГ (одна доза). Осложнений, связанных с введением препарата, не отмечалось. Титр антител снизился на 2—3 ступени. Учитывая данные клинических исследований, предпринято родоразрешение на сроке 35—36 нед беременности. Родился живой плод женского пола, массой тела 2900 г. Форма гемолитической болезни — врожденная желтушная, средней тяжести. Произведено четырехкратное заменное переливание крови. Мать и ребенок выписаны на 11-й день после родов под наблюдение врачей по месту жительства.

Таким образом, на основании полученных данных можно считать, что АЛГ вызывает снижение патогенной активности иммунологической системы матери в отношении плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Али-Заде Ф. М. Азербайджанский мед. ж., 1958, 9.— 2. Васильева З. Ф. Антигено-несовместимая беременность и методы защиты плода и новорожденного при иммунологическом конфликте. Автореф. докт. дисс., Л., 1972.— 3. Говалло В. И., Белоцкий С. М. и др. В кн.: Биохимические нарушения и их коррекция в акушерско-гинекологической практике. М., Медицина, 1971.— 4. Елизарова И. П., Иванов И. П., Кудрявцев Н. Г., Маслова А. С. В кн.: Теоретические и практические аспекты иммунологии беременности. М., Медицина, 1973.— 5. Надина О. В., Волкова Л. С., Любимова А. И., Умбрумянц Д. В. Там же.— 6. Петров-Маслаков М. А., Матысяк В. Г. Вopr. oхp. мат., 1960, 1.— 7. Садыков Б. Г. Казанский мед. ж., 1962, 4.— 8. Садыков Б. Г., Игнатьева Д. П. В кн.: Материалы зональной научно-практической конференции работников службы крови и гематологии. Куйбышев, 1967.— 9. Садыков Б. Г., Васильева З. Ф., Волкова Л. С. В кн.: Труды Всесоюзной проблемной комиссии по гематологии и трансфузиологии. Л., 1979.— 10. Попианов Р. Сов. мед., 1955, 2.— 11. Erländson M. E., Haber J. M. Am. J. Obstet. Gyn., 1964, 90, 6.

Поступила 18 декабря 1979 г.

В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

УДК 614.23

ФОРМЫ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ И ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ В ИНТЕРНАТУРЕ

Доц. И. М. Кушнир, Г. Г. Маюн

Отдел интернатуры Читинского медицинского института

Реферат. Обсуждаются такие формы подготовки интернов, как ежегодные научно-практические конференции по вопросам этики и деонтологии, медицинского обслуживания на производстве с привлечением к их проведению не только медицинских работников, но и широкого круга руководителей и актива профсоюзов. Подчеркивается необходимость формирования у молодых врачей навыков в организационной деятельности, а также важность создания библиотек с методическими разработками по актуальным вопросам медицинского обслуживания.

Ключевые слова: врачи-интерны, подготовка.

Мы сочли целесообразным поделиться опытом применения некоторых форм подготовки при обучении врачей в интернатуре, накопленным сотрудниками Читинского медицинского института совместно с органами практического здравоохранения.

Требую от руководителей интернов на клинических базах, чтобы вопросы деонтологии были в поле зрения их повседневной работы с молодыми врачами, отдел интернатуры института в конце учебного года проводит обязательную итоговую научно-практическую конференцию для всех интернов по проблеме врачебной этики и деонтологии. На эту конференцию помимо руководителей интернов, ведущих специалистов мединститута, облздравотдела, врачебно-санитарной службы Забайкальской железной дороги, обкома профсоюзов медицинских работников приглашаются известные, авторитетные врачи города Читы и области, как работающие, так и находящиеся на пенсии.

Большой интерес, активный обмен мыслями, опытом вызывают такие темы докладов, как «Общая культура и авторитет врача», «О врачебной тайне», «Врач и закон», «О врачебных ошибках и врачебных преступлениях», «Право врача на риск»,

«Ионычи» наших дней и бескомпромиссность борьбы с ними как с социальным злом» и другие.

Весьма полезной мерой является выступление на конференции по деонтологии руководителя облздравотдела с анализом жалоб на медицинское обслуживание, поступающих в различные инстанции. Практика показывает, что подавляющее большинство жалоб связано не столько с профессиональными ошибками в диагностике и лечении, сколько с нарушениями принципов деонтологии. Поэтому такой обзор жалоб представляет собой важную часть конференции по деонтологии, придающую остроту и конкретность обсуждаемым вопросам.

Опыт подготовки интернов в соответствии с типовыми планами и программами привел нас к заключению, что врачи-интерны нуждаются в улучшении знаний по вопросам медицинского обслуживания на производстве. В усилении этого раздела весьма эффективно проведение совместной с облсовпрофом специальной конференции, на которой заслушиваются доклады с обобщением опыта работы здравпунктов на производстве. Особое внимание уделялось совершенствованию работы по медицинскому обслуживанию лиц, работающих на севере Читинской области — в зоне строительства БАМа. Впечатляющим является, помимо прослушивания и обсуждения докладов, посещение предприятий и профилактория, где врачи-интерны вочию знакомятся со многим, о чем слышали в докладах и сообщениях.

На конференции по медицинскому обслуживанию на производстве еще раз (помимо обязательного прохождения цикла со сдачей специального зачета по экспертизе нетрудоспособности) обращается внимание интернов на важность высококвалифицированной оценки трудоспособности, правильной выдачи больничных листов. Работники отдела социального страхования, доверенные врачи облсовпрофа убедительно, на ярких примерах демонстрируют наиболее частые ошибки в проведении экспертизы трудоспособности, в работе ВТЭК и ВКК.

Обращая особое внимание на качество подготовки врачей-интернов в вопросах охраны материнства и детства, отдел интернатуры совместно с Читинским облздравотделом в течение 6 последних лет проводит обязательный трехдневный семинар для акушеров-гинекологов и педиатров по всем организационным аспектам этих важнейших социальных и медицинских разделов здравоохранения. Подробно разбираются все положения, статьи советского законодательства, охраняющие здоровье женщины и ребенка, организация работы акушеров-гинекологов и педиатров на участке, методы анализа их деятельности и эффективности проводимых мероприятий, учета и отчетности и пр. Как правило, в организации и работе семинара принимают участие заместитель завоблздравотделом по охране материнства и детства, главные специалисты.

Придавая большое значение повышению знаний интернов в организации службы крови, отдел интернатуры в течение ряда лет проводит совместно с руководителями областной станции переливания крови специальные семинары по всем аспектам, связанным с переливанием крови в клинической практике (взятие крови, показания, противопоказания, техника переливания, ошибки, осложнения, диагностика и лечение осложнений).

Отдел интернатуры взял на себя инициативу оформлять совместно с руководителями областного общества «Красного Креста» и областной станции переливания крови документацию на присвоение почетного звания «Донор СССР III ст.» тем врачам-интернам, которые получили за годы обучения в институте, сдавая неоднократно кровь, право на это звание. Нам представляется, что подготовка таких доноров, носящих почетный нагрудный знак, должна способствовать большей действенности пропаганды донорства среди населения, в среде которого выпускники интернатуры будут проводить свою работу.

В течение 5 последних лет профессорско-преподавательским составом нашего института проводится большая работа по составлению так называемой «библиотечки интернов» из методических рекомендаций по наиболее актуальным вопросам клинической и организационной деятельности молодых специалистов. Мы стремимся в этих рекомендациях отразить наиболее современные данные, в том числе апробированные на кафедрах и в клиниках института, обобщать передовой опыт ведущих лечебных учреждений, делая акцент на особенностях краевой патологии и течения тех или иных осложнений и заболеваний в условиях ультраконтинентального климата Забайкалья.

Мы считаем, что вопросы методики обучения в такой по сути дела новой для современного советского здравоохранения форме специализации врачей, какой является интернатура, требуют более широкого обмена мнениями в литературе и на специальных совещаниях. Необходимо более четкое разграничение прав и обязанностей работников мединститута и практического здравоохранения при проведении интернатуры, создание определенного материального обеспечения деятельности отдела интернатуры (выделение и учет часов для профессорско-преподавательского состава в связи с работой по интернатуре, снабжение бумагой и денежными средствами для публикации методических рекомендаций и пр.). По нашему мнению, весьма целесообразно, чтобы вышестоящие соответствующие организации конкретизировали статус отдела интернатуры в структуре других подразделений медицинского института.

Поступила 9 августа 1978 г.

В. И. Митюгов (Белебей, БАССР). К казуистике инородных тел гортани

П., 17 лет, 30/III 1978 г. в 18 ч экстренно доставлен в хирургическое отделение с жалобами на сильную боль в глотке и гортани, невозможность глотания и движения головой, усиленное слюноотделение изо рта с примесью крови, постоянные позывы на кашель, нарушенное голосообразование.

Со слов пострадавшего, ему случайно в глотку попала швейная игла (он держал ее в зубах и закашлялся). Растерявшись, безуспешно пытался её извлечь: руками, вызыванием рвоты, полосканием глотки водой, кашлем при опущенной вниз голове; подавить произвольные глотательные движения не смог, боли в глотке усилились, началось кровотечение изо рта. Из-за нестерпимых болей принял вынужденную «застывшую» позу: голова неподвижна, несколько запрокинута назад, рот полуоткрыт. Состояние при поступлении тяжелое, больной бледен, сидит неподвижно, изо рта выделяется кровянистая слюна, дыхание свободное, голоса нет, температура $36,5^{\circ}$, пульс ритмичный, 68 уд. в 1 мин, АД 12/6,6 кПа (90/50 мм рт. ст.), в легких везикулярное дыхание, живот без патологии, кожная чувствительность и сухожильные рефлексы не изменены.

По поступлении введен внутримышечно 1 мл 1% раствора промедола и сделана рентгенография гортани в 2 проекциях.

При зеркальной непрямой ларингоскопии видна кровь в нижнем отделе глотки, значительное увеличение надгортанника и кровоизлияние в нем. Надгортанник глубоко западает назад, почти соприкасаясь с задней стенкой глотки. Дотрагивание до него вызывает нестерпимую боль, поэтому осмотр гортаноглотки под местной анестезией и попытки нащупать иглу пальцем или пинцетом не удалось.

На фронтальной рентгенограмме гортани (рис. 1) видна тень швейной иглы по срединной линии на уровне III—V шейных позвонков. На рентгенограмме в боковой проекции (рис. 2) тень швейной иглы длиной около 5 см располагается наклонно от свободного края надгортанника вперед и вниз до гортанного выступа щитовидного хряща.

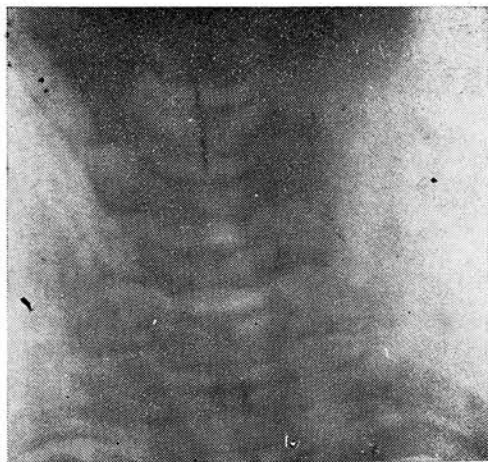


Рис. 1. Рентгенограмма фронтальной проекции гортани.

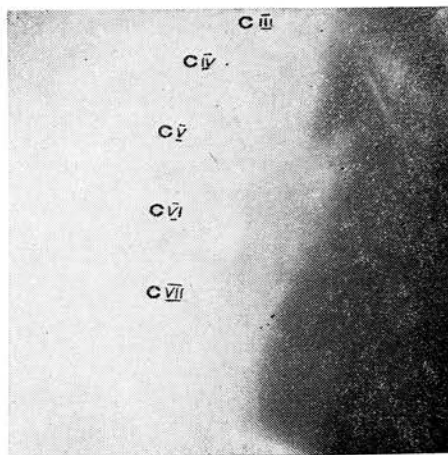


Рис. 2. Рентгенограмма боковой проекции гортани.

Нарастающая тяжесть общего состояния пострадавшего и продолжающееся кровотечение изо рта требовали незамедлительного извлечения инородного тела. Через 1 ч после поступления больного под наркозом свободный край надгортанника поднят шпателем Тихомирова и отведен вперед, но инородное тело в преддверии гортани и голосовой щели не определялось (осмотр затрудняло продолжающееся кровотечение из надгортанника и переднего вестибулярного отдела гортани). Гортанными щипцами нащупан конец иглы в толще надгортанника, но захватить ее не удалось. Пришлось протолкнуть иглу в направлении передней поверхности шеи и удалить пинцетом за выступивший конец через кожный разрез на уровне гортанного выступа. На кожный разрез наложена металлическая скобка и асептическая повязка. Больному введено 3000 ед. противостолбнячной сыворотки. Назначены антибиотики, витамины, десенсибилизирующие средства. Внутривенно введено 500 мл 5% раствора глюкозы, 30 мг преднизолона, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина.

На следующий день (31/III) состояние удовлетворительное, температура $37,7^{\circ}$,

больной чувствует умеренные боли при глотании, дыхание свободное, незначительное огрубение голоса. Повороты головы безболезненные. Анализ крови: Л. $17,6 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 12 мм/ч. Анализ мочи: белок 0,198 г/л.

В последующие 2 дня боли при глотании прекратились, голос восстановился, температура нормализовалась. Отек надгортанника исчез через 3 сут, а гиперемия — через 7. П. выписан через 10 дней после поступления в хорошем состоянии. Жалоб при выписке нет, глотание свободное, голос звучный. Л. $6 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 10 мм/ч. В моче белка нет. Контрольный осмотр через 3 мес: состояние хорошее, жалоб нет. Надгортанник не изменен.

Данное наблюдение представляет интерес ввиду необычности расположения внедрившегося инородного тела, связанной, видимо, с попыткой пациента удалить его самостоятельно, а также экстрацервикального способа извлечения шейной иглы и отсутствия явлений острого стеноза гортани.

УДК 616.329—001—089.168

Р. К. Харитонов, П. Д. Фирсов, А. П. Старостин, Ю. И. Комиссаров (Казань). Три случая повреждений пищевода, закончившихся выздоровлением

Лечение повреждений пищевода в связи с его сложностью остается одной из актуальных проблем современной хирургии.

В хирургическом отделении Республиканской больницы № 2 было проведено лечение 3 больных с травмами пищевода.

Р., 68 лет, 14/VIII 1973 г. в третий раз была оперирована по поводу злокачественной папилломы щитовидной железы (первая операция — в 1951 г., вторая — в 1965 г.). Через 20 ч после операции резко усилились боли в послеоперационной ране, ухудшилось общее состояние больной, появилась одышка, тахикардия (пульс 120—140 уд. в 1 мин), через дренажи стало обильно выделяться слизисто-кровянистое содержимое. На шее стала определяться подкожная эмфизема, которая быстро распространилась на лицо и верхние отделы грудной клетки. В экстренном порядке под общим комбинированным эндотрахеальным обезболиванием выполнена ревизия послеоперационной раны, при которой повреждения стенки пищевода выявить не удалось; трахея без патологических изменений.

К предполагаемому месту повреждения пищевода подведены марлевые полоски с мазью Вишневского и резиновая трубка. В желудок трансназально проведен зонд. Операционная рана ушита наводящими швами. Через сутки зонд из желудка пришлось удалить из-за плохой переносимости, и в дальнейшем его вводили только на периоды кормлений. Кратковременное введение назогастрального зонда больная переносила удовлетворительно, и кормление через него продолжалось в течение 36 дней до заживления раны. После нормализации общего состояния проведен курс глубокой рентгенотерапии, больная находится на диспансерном наблюдении по настоящее время, нарушений функции пищевода нет, общее состояние удовлетворительное.

К., 69 лет, доставлена в хирургическое отделение 19/V 1977 г. с диагнозом «желудочное кровотечение». Через 3 ч после фиброгастроскопии, выполненной с большими трудностями, К. почувствовала сильную боль при глотании в области глотки, появилась рвота с примесью алой крови и подкожная эмфизема на шее. На рентгенограмме определялся паразофагальный затек небольшого объема йодлипола на уровне седьмого шейного позвонка. Диагностировано повреждение стенки пищевода в шейном отделе, начато консервативное лечение (парентеральное питание с исключением приема жидкости и пищи через рот, массивные дозы антибиотиков, сердечные, обезболивающие, десенсибилизирующие средства). Общее состояние больной продолжало ухудшаться, повысилась температура, нарастали лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, подкожная эмфизема. Через 22 ч после повреждения пищевода под общим обезболиванием произведена шейная медиастинотомия. На задней стенке пищевода на уровне перстневидного хряща в полости небольшого абсцесса определялась рана протяженностью 1,5 см. К ране пищевода подведены марлевые полоски с мазью Вишневского, резиновая трубка для вакуум-дренажа.

На 4-е сутки после операции, когда эмфизема и отечность подслизистой носоглотки уменьшились, удалось провести трансназально в желудок зонд, через который проводилось питание в течение 4 нед. Рана шеи зажила на 34-й день. 29/VI произведена эксцизия опухоли желудка клиновидной резекцией. Доброкачественность опухоли была подтверждена результатами биопсии при фиброгастроскопии, экспресс-биопсией на операционном столе и последующим гистологическим исследованием. Больная по настоящее время находится на диспансерном наблюдении, общее состояние удовлетворительное, нарушений функции пищевода и желудка нет.

Б., 72 лет, поступила 29/XII 1977 г. с подозрением на рак нижней трети пищевода. 5/I 1978 г. сделана фиброгастроскопия, наличие опухоли подтвердилось, произведена биопсия ткани опухоли. 6/I больная стала жаловаться на нарастающую боль за грудиной; появилась крепитация в области надплечий и по ходу кивательных мышц. На рентгенограмме зарегистрировано наличие воздуха в подкожной клетчатке шеи. Установлено повреждение шейного отдела пищевода. Консервативное лечение с применением больших доз антибиотиков, полным прекращением приема жид-

кости и пищи через рот, адекватным парентеральным питанием дало положительный результат: исчезли боли за грудиной и подкожная эмфизема, улучшилось общее состояние, нормализовалась кровь. Через 11 сут возобновлено питание естественным путем. Через месяц наложена трубчатоклапанная гастростома, с которой больная выписана на амбулаторное лечение.

Приведенные наблюдения показывают, что больные с повреждениями пищевода нуждаются в строго индивидуальном подходе при определении лечебной тактики. Допустимо недлительное наблюдение за ними (4—12 ч) с применением активного комплексного лечения, которое в отдельных случаях ведет к выздоровлению без оперативного вмешательства. При плохой переносимости постоянного назогастрального зонда можно ограничиться введением его только на периоды кормлений, не применяя питательную гастростому или еюностому.

УДК 616.33—007.251—089

Г. А. Измайлов, Р. С. Камалов (Казань). Спонтанный разрыв стенки желудка

Самопроизвольные полные разрывы стенки желудка встречаются относительно редко. Специалисты выделяют их в отдельную группу повреждений данного органа. Разрыв происходит чаще всего в стенке, потерявшей эластичность из-за хронического воспалительного процесса (язва, гастрит, ожог и др.) при резком повышении внутрижелудочного давления. Симптоматология заболевания напоминает клинику перфорации язв.

В течение последних 10 лет в хирургический стационар поступил один больной с самопроизвольным полным разрывом стенки желудка, что составило 0,007% от общего числа больных.

К., 50 лет, госпитализирован 7/V 1974 г. через 7 ч от начала заболевания. Жалуется на сильные постоянные боли в животе, рвоту с примесью свежей крови.

Страдает язвенной болезнью желудка с 1958 г. В 1972 г. произведено ушивание перфоративной язвы пилорического отдела желудка. Злоупотребляет алкоголем.

В результате избыточного употребления алкогольных напитков и нарушения диеты в последние 14 дней наступило обострение заболевания — боли, изжога, тошнота. С целью облегчения состояния принимал питьевую соду. Однако 7/V боли после приема обычных доз соды не затихли, и больной «выпил ее целую горсть». Боли уменьшились, но появилось вздутие живота, а затем возникла рвота.

Общее состояние тяжелое. Изо рта запах алкоголя. Кожа и видимые слизистые бледные; склеры иктеричны. Язык сухой, обложен грязным налетом. Тоны сердца приглушены. Пульс 96 уд. в 1 мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность, наиболее выраженная в эпигастрии. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Печеночная тупость не определяется. Кишечные шумы ослаблены. Анализ крови: эр. $3,4 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 1,6 ммоль/л, л. $9,2 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 14 мм/ч. В осадке мочи — единичные лейкоциты. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаружены свободный газ и множественные чаши Клойбера.

После предоперационной подготовки (анальгетики, сердечно-сосудистые средства, витамины, инфузия глюкозосодержащих и солевых растворов, полиглюкина, кокарбоксилазы) под эндотрахеальным наркозом произведена верхняя срединная лапаротомия с иссечением старого кожного рубца. Брюшина гиперемирована, утолщена. Удалено около 4 л мутного выпота с выраженным запахом алкоголя и наличием фибрина. Желудок больших размеров, выходной его отдел стенозирован. По малой кривизне ближе к кардии имеется линейный разрыв всех слоев стенки желудка. Длина разрыва 3 см, из отверстия выделяется желудочное содержимое с примесью крови. Стенка желудка около разрыва воспалительно инфильтрирована. Произведено ушивание разрыва двухрядным швом. Брюшная полость дренирована.

Послеоперационный период осложнился сердечно-сосудистой недостаточностью, которая через 7 ч привела к летальному исходу. На аутопсии диагноз подтвержден. Кроме этого, выявлены выраженные дегенеративные изменения паренхиматозных органов.

Прогноз самопроизвольных разрывов желудка у лиц в состоянии алкогольного опьянения ввиду возможности поздней госпитализации и трудности диагностирования плохой, хотя отдельные авторы при ранних операциях получали в последние годы обнадеживающие результаты.

УДК 616.34—007.272—089

И. И. Клюев, В. С. Беликов, В. И. Клюев (Саранск). Лечение спаечной кишечной непроходимости

Из 896 больных, поступивших в хирургическую клинику Мордовского университета в 1967—1976 гг. по поводу кишечной непроходимости, у 507 (56,6%) была спаечная кишечная непроходимость или спаечная болезнь брюшной полости. Спаечная болезнь брюшной полости может встречаться в любом возрасте, но чаще — от

20 до 50 лет. Время, прошедшее с момента операции до возникновения симптомов спаечного процесса (приступы болей), у 52 больных не превышало 1 мес, у 80 составляло от 2 до 6 мес, у 186 — от 6 мес до 1 года, у 142 — от 1 года до 5 лет и у 47 — от 5 до 10 лет и более.

У 231 больного спаечная болезнь и непроходимость кишечника развились после перенесенной ранее аппендэктомии, у 113 — после операции по поводу гинекологических заболеваний, у 66 — после вмешательства по поводу кишечной непроходимости, у 62 — после операции в связи с травмой органов брюшной полости, у 25 — после операции при различных заболеваниях желудка, у 5 — после операции ущемленной грыжи, у 3 спаечная кишечная непроходимость возникла на почве врожденных спаек и у 2 — после нефрэктомии.

Лечение больных со спаечным процессом брюшной полости представляет трудную задачу, ибо очередная операция нередко приводит к еще большему развитию спаек. Поэтому хирург стремится купировать приступы спаечной непроходимости кишечника консервативными мероприятиями: паранефральной новокаиновой блокадой по А. В. Вишневскому, инъекциями раствора атропина, сифонными клизмами. Если консервативная терапия в течение ближайших 2 ч не дает эффекта или результаты ее сомнительны, показано срочное оперативное вмешательство.

Операцию у этих больных проводят по жизненным показаниям, когда клиническое и рентгенологическое обследование подтверждает механическую кишечную непроходимость. Из 507 больных оперировано 238 (47%). У 204 больных проведено разделение спаек, у 10 — резекции кишечника, у 16 — наложение обходного энтероэнтероанастомоза, у 6 — наложение кишечного свища и у 2 — операция Нобля.

Основной причиной тактических ошибок является сложность дифференциальной диагностики спаечно-динамической, механической и особенно обтурационной форм спаечной непроходимости кишечника. Так, из 92 больных со странгуляционной спаечной непроходимостью оперированы до 6 ч после приступа 44 пациента, до 24 ч — 40 и свыше суток — 8. Из них умерло 6 человек, послеоперационная летальность составила 6,5%. С обтурационной спаечной непроходимостью оперировано 102 больных, из них до 6 ч после приступа — только 16, до 24 ч — 48, свыше суток и более — 38. Из них умерло 10 человек, послеоперационная летальность составила 10%. По поводу спаечно-динамической непроходимости кишечника оперировано 44 из 313 поступивших в стационар больных. Таким образом, при странгуляционной спаечной непроходимости больных оперируют на значительно меньших сроках после начала приступа, чем при обтурационной спаечной непроходимости.

Механические формы спаечной непроходимости кишечника (странгуляционная и обтурационная) требуют срочного хирургического лечения. Приступы спаечно-динамической непроходимости ликвидируются, как правило, консервативными средствами. При повторяющихся приступах больные подлежат оперативному лечению в плановом порядке.

УДК 616.341—003.742.2—007.272—089.87—053.5

В. В. Юшкин (Новокуйбышевск). Повторная непроходимость тонкой кишки, вызванная трихобезоаром

Непроходимость кишечника, обусловленная трихобезоаром на фоне участвовавшей за последние десятилетия спаечной непроходимости, встречается редко. Еще реже наблюдается рецидив трихобезоара, вызвавший повторную непроходимость кишечника.

И., 13 лет, поступила в хирургическое отделение 17/V 1978 г. через 12 ч после начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту.

В декабре 1977 г. оперирована по поводу обтурационной непроходимости, вызванной трихобезоаром тощей кишки; был удален камень. После операции родители И. узнали от ее одноклассницы, что она заглатывала волосы (до этого мать лечила ее от выпадения волос).

При осмотре общее состояние средней тяжести. Пульс 90 уд. в 1 мин. АД 14,6/8 кПа (110/60 мм рт. ст.). Язык сухой. Живот умеренно вздут. Перистальтика временами усилена. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости выявлены заполненные газом петли тонкой кишки с уровнями жидкости. С диагнозом спаечной непроходимости кишечника больная взята на операцию. Спаечный процесс не выражен. Обнаружено инородное тело, обтурировавшее тощую кишку. Стенка кишки в области обтурации отечная, инфильтрированная, с точечными кровоизлияниями. Проксимально расположенные петли кишки раздуты. Произведена резекция части тощей кишки с инородным телом. Наложен анастомоз конец в конец. В удаленном отрезке кишки обнаружен трихобезоар 10×5×4,5 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольная рентгеноскопия желудка и кишечника через 2 нед после операции не выявила патологии.

Больная консультирована психиатром. Заключение: психопатия с перверзиями. Взята на диспансерный учет. Осмотрена через 6 мес. Состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Следует отметить, что если первая операция закончилась еюнотомией с извлечением камня, то во время второй была выполнена резекция флегмонозно измененной части кишки, содержащей камень. Повторная непроходимость кишечника была вызвана, по-видимому, вновь образовавшимся трихобезоаром.

УДК 616.8—009.614:611.829—031.63: [612.172+612.13]

В. М. Фионов (Казань). Биоэлектрическая активность миокарда и гемодинамические сдвиги при хирургических операциях под перидуральной анестезией

Мы провели электрокардиографическое исследование в 12 отведениях у 34 оперированных в условиях перидуральной анестезии больных (7 мужчин и 27 женщин) на различных этапах: за 1—15 сут до операции (исходная ЭКГ); на операционном столе после премедикации; после наступления анестезии в окончательных границах; в наиболее травматичный момент операции; по ее окончании; через сутки после операции.

Больные были в возрасте от 18 до 80 лет, старше 50 лет было 16 человек; 18 страдали злокачественными опухолями желудка, кишечника, гениталий и других органов, 16 были оперированы по поводу острого и хронического холецистита, камней мочеочечника и др.

Уровень введения анестетика — 0,3—1% раствора дикаина или 2% раствора тримекана — варьировал от L_1 до T_7-8 , причем выше T_{10} произведено 4 анестезии.

Накануне вечером и утром в день операции больные получали снотворные и антигистаминные препараты. За 30—40 мин до анестезии подкожно вводили 20 мг промедола или омнопона. Кровопотеря во время операции возмещалась донорской кровью и плазмозаменителями в соответствии с темпом кровопотери. Исходное АД у наших больных было 18/11 кПа (137/84 мм рт. ст.), при максимальном снижении (после осуществления перидуральной анестезии) АД составляло 14/10 кПа ($104/72 \pm 3,7/2,9$ мм рт. ст., $P < 0,001$). У больных, оперированных под перидуральной анестезией без премедикации эфедрином, АД закономерно снижалось и оставалось на одном уровне в течение всей операции, имея тенденцию к повышению в конце ее, что может быть связано с начинающимся восстановлением деятельности блокированных симпатических сегментов. У 13 пациентов применены вазопрессоры в процессе операции, когда тенденция к гипотензии была выраженной. Во всех наблюдениях нам легко удавалось достичь желаемого уровня АД.

Подавляющее большинство наших больных оперировано при самостоятельном дыхании воздухом. Дыхание больных было адекватным, самочувствие оставалось хорошим. Лишь у 2 больных из-за высокого распространения анестетика и полного выключения дыхательной мускулатуры грудной клетки пришлось применить подачу кислорода через маску наркозного аппарата. Оставшееся диафрагмальное дыхание, ингаляции кислорода и вспомогательное дыхание вполне компенсировали потребности организма в кислороде; кожа была сухой и розовой, цианоза не наблюдалось, больные не ощущали кислородного голодания.

После премедикации отмечают заметные изменения ЭКГ по сравнению с исходной: снижение зубца R до $9,4 \pm 0,44$ мм, зубца T до $2,22 \pm 0,25$ мм; укорочение интервала PQ до $0,145 \pm 0,004$ с и учащение сердечных сокращений до $93 \pm 3,6$ в 1 мин; превышение систолического показателя над должным составило $4,9 \pm 0,6\%$.

С наступлением анестезии, в последующие этапы операции и по окончании ее эти показатели ЭКГ постепенно приближались к исходной величине. Частота сердечных сокращений уменьшилась соответственно до $87,5 \pm 3,5$; $85,0 \pm 3,4$; $85,0 \pm 2,6$ в 1 мин, превышение систолического показателя под его должным значением составляло $4,8 \pm 0,5$; $4,5 \pm 0,6$ и $3,8 \pm 0,5\%$. Высота зубца T оставалась сниженной: $2,32 \pm 0,19$; $2,22 \pm 0,48$ и $2,00 \pm 0,22$ мм. Интервал PQ возвращается к исходному уровню. При статистическом анализе эти отличия от исходной ЭКГ незначительны ($P > 0,1$).

Через сутки после операции зубец T снижается до $1,7 \pm 0,31$ мм, но систолический показатель имеет тенденцию к нормализации, даже в сравнении с исходным. В этот период он превышает должную величину лишь на $2,8 \pm 0,6\%$.

Итак, по данным ЭКГ и результатам изучения гемодинамики не отмечено отрицательного влияния перидуральной анестезии на сердечную деятельность больного во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде.

УДК 616.33—002.44—078.73—08

Д. Г. Юльметьева (Казань). О показаниях к применению димедрола и пипольфена для лечения больных, страдающих язвенной болезнью

Исследована динамика реакции пассивной гематоглиниции (РПГА) и реакции лейкоцитолитиза у лиц, страдающих язвенной болезнью в стадии рецидива и ремиссии. Параллельно проводилось изучение холинергической активности и белкового спектра крови.

Из 30 здоровых доноров слабopоложительные результаты РПГА были получены у 2 в ответ на воздействие желудочным антигеном в титре 1:5. У 30 здоровых студентов уровень лейкоцитолита не превышал 10%. Использовались антигены желудка, кишечника, печени, желчного пузыря, приготовленные в Казанском НИИЭМ.

Под наблюдением состояло 136 больных (женщин — 16, мужчин — 120; возраст: до 20 лет — 3, от 20 до 29 лет — 27, от 30 до 39 лет — 47, от 40 до 49 лет — 44, 50 лет и старше — 15). У 20 из них была язвенная болезнь желудка и у 116 — двенадцатиперстной кишки. Повышенная секреторная функция желудка констатирована у 77 человек, пониженная — у 23, нормальная — у 30; у 6 больных желудочную секрецию не изучали из-за тяжести их состояния.

Анамнестические данные указали на отягощенную в аллергологическом плане наследственность у 4 больных, другие эквиваленты аллергии в виде крапивницы, экземы, отека Квинке, вазомоторного ринита, непереносимости ряда пищевых продуктов установлены у 11 больных. У 47 из 136 обследованных были обнаружены противожелудочные и противокислые антитела в титре от 1:10 до 1:80; эти пациенты были отнесены в группу больных с измененной иммунологической реактивностью. При проведении перекрестных реакций с другими тканевыми антигенами у 2 больных этой группы были получены положительные результаты РПГА с антигеном желчного пузыря в титре 1:10.

Лейкоцитолит превышал 10% от исходного уровня у 31 из 100 обследованных больных при воздействии желудочным антигеном и у 23 при воздействии кишечным антигеном. У 18 больных установлена положительная реакция одновременно с антигеном желудка и двенадцатиперстной кишки, у 6 — с печеночным антигеном, у 5 — с антигеном желчного пузыря. Группу больных с положительными иммунологическими сдвигами по результатам реакций лейкоцитолита составляли преимущественно лица с осложненными формами болезни, с рубцовыми изменениями и местным перивисцеритом.

28 больных с положительными иммунологическими тестами наряду с обычной терапией (диета, спазмолитики, витамины) получали димедрол, пипольфен в дозе 0,05 г 2—3 раза в день в течение 10—15 дней. Результаты лечения оказались благоприятными. У 16 пациентов боли прекратились в течение 1-й недели, у 4 — на 2-й неделе, у 3 — на 3-й. У 5 человек после лечения остались только нерезко выраженные болевые ощущения в эпигастральной области. Постепенно сгладились диспепсические расстройства, параллельно улучшались сон, аппетит, нормализовались функции желудка и кишечника. Рентгенологический контроль показывал обратное развитие в процессе лечения гастритических изменений, симптом «ниши» исчез после лечения у 15 больных.

Наряду с улучшением общего состояния больных отмечалась положительная динамика иммунологических показателей — снижение титра антител. У 17 из 31 больного в периоде ремиссии язвенной болезни лейкоцитолит заметно снизился, у 10 он не превышал нормальных цифр. У 4 больных лейкоцитолит с желудочным антигеном и у 2 с кишечным антигеном остался без изменения. Это были больные с выраженным некупированным болевым синдромом, длительным упорным течением заболевания и частыми рецидивами.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности применения гипосенсибилизирующих препаратов при язвенной болезни, сопровождающейся нарушением иммунологического гомеостаза организма больного.

УДК 616—053.36

Заслуж. врач ТАССР З. Н. Кафьятуллина, канд. мед. наук Р. А. Закирова (Казань).
Опыт работы по обслуживанию детей первого года жизни на педиатрическом участке

Нами проведен углубленный осмотр детей первого года жизни, анализ документации одного из педиатрических участков 2-го детского лечебно-профилактического объединения г. Казани. В 1978 г. на участке было 936 детей, из них 113 детей первого года жизни, в том числе 51 новорожденный.

Забота о состоянии здоровья ребенка начинается задолго до его рождения. Существует преемственность в деятельности женской консультации и детской поликлиники, координируемая совместным планом работы. Детская поликлиника получает сведения о беременных сразу же после взятия их на учет в женской консультации. На обследованном нами участке педиатр и медицинская сестра посещают беременных в первой половине и в последние месяцы беременности. Охват родовым патронажем беременных врачом и медицинской сестрой составляет 100%. Обращается внимание на течение беременности, питание, условия труда и быта беременной, на акушерский анамнез. Будущих матерей обучают навыкам ухода за новорожденным и грудным ребенком. Все беременные на участке привлекаются к занятиям в школе молодых матерей, посещают комнату здорового ребенка.

С рождением ребенка врач и медицинская сестра посещают новорожденного в первые 2 дня после выписки из родильного дома. Своевременный контроль за правильным питанием, режимом и развитием ребенка может предотвратить возникнове-

ние отклонений в его здоровье. Каждого ребенка периода новорожденности врач посещает активно не менее 4—5 раз, а медицинская сестра — до 8—10 раз. Охват новорожденных врачебным и сестринским наблюдением на участке составляет 100%.

Среди детей, достигших месячного возраста, у 52% показатели физического развития были выше средних и у 48% — средние; среди детей первого года жизни 50% имели средние показатели развития и 48% — выше средних. Большое значение в правильном физическом и психическом развитии, повышении иммунобиологической адаптации организма, наряду с созданием санитарно-гигиенических условий, имеет организация рационального питания детей. Участковый педиатр уделяет много внимания пропаганде грудного вскармливания, своевременному выявлению и устранению причин гипогалактии у женщин. На участке 94,2% детей до 4 мес жизни находились только на грудном вскармливании. Детям с недостаточной прибавкой в массе тела, а также часто болеющим питание рассчитывали на должную массу тела. Детям с гипотрофией назначали индивидуальное питание с коррекцией на основании проведенных расчетов пищевых ингредиентов, с учетом фактически съеденной пищи, до получения прибавки в массе тела, соответствующей возрасту. Всех детей, находящихся на раннем смешанном вскармливании, обеспечивали бесплатным питанием из молочной кухни. Благодаря широко проводимым профилактическим мероприятиям на участке в последние 2 года уменьшилось число детей с гипотрофией I степени на 32%, нет детей с гипотрофией II и III степени. К годовалому возрасту ни у одного ребенка не было гипотрофии.

На участке уделяют большое внимание профилактике рахита у детей. Антенатальная профилактика проведена у 88% беременных: 50% молодых женщин принимали витамин D₂ в дозе 400—500 МЕ в сут, 54% получали ультрафиолетовое облучение в последние месяцы беременности. В комплексе противорахитических мероприятий у детей преобладали физические методы: прогулки на воздухе, воздушные ванны, массаж и гимнастика, ультрафиолетовое облучение. Массаж и гимнастика проводились у 90% детей, достигших 3-месячного возраста. Витамин D₂ получали с профилактической целью 70,6% детей. Комплексом противорахитических мероприятий охвачено 100% детей, достигших 6-месячного возраста, осуществляется тщательный контроль за их выполнением. В историях развития на специальном листе регистрируется весь комплекс противорахитических мероприятий. Участковая сестра и врач обучают матерей приемам физического воспитания детей. На врачебных приемах матерям выдаются памятки по вскармливанию, режиму дня с комплексом физических упражнений и методикой закаливания. Во время профилактических осмотров участковый педиатр контролирует правильность выполнения массажа и гимнастики.

Активные противорахитические мероприятия способствовали снижению заболеваемости рахитом и ликвидации его тяжелых форм. Однако у части детей имелись проявления рахита. Так, рахит I ст. наблюдался у 13% детей, достигших 3-месячного возраста, у 19% детей 6-месячного возраста и у 20% годовалых.

В профилактике заболеваний, в том числе рахита, важное значение имеет непрерывность наблюдения за детьми. На данном участке систематичность наблюдения врачом и медицинской сестрой за детьми в возрасте до года составляет 100%. Количество посещений поликлиники одним ребенком в год равно в среднем 12; число посещений врачом на дому одного ребенка равно 4, а медицинской сестрой — 16,8. Все дети обеспечены специализированной помощью. К году жизни 98% детей были осмотрены хирургом, окулистом, эндокринологом, отоларингологом. У всех детей проводится анализ крови на содержание гемоглобина. У 4,7% детей первого года жизни выявлена железодефицитная анемия легкой степени. Среди детей первого месяца жизни ни разу не болевшие составили 91%, среди детей первого года жизни — 24,1%.

В последние 2 года на участке достигнуто снижение общей заболеваемости на 5,5%. Заболеваемость новорожденных за истекший год уменьшилась на 12,7%. Заболеваемость детей первого месяца жизни составляла 8,9%, в основном за счет острых респираторных и гнойничковых заболеваний.

УДК 616.71—001.5—053.2—08

Д. Н. Шамсутдинов (Зеленодольск, ТАССР). Отдаленные результаты лечения закрытых переломов костей у детей

Изучены отдаленные исходы лечения закрытых переломов в сроки от 1 до 10 лет после травмы у 113 детей (мальчиков — 78, девочек — 35; возраст: до 3 лет — 9, от 4 до 7 лет — 26, от 8 до 14 лет — 68, от 15 до 16 лет — 10).

Перелом плечевой кости был у 36 из них, костей предплечья — у 45, бедренной кости — у 8, костей голени — у 24; поперечные переломы — у 85, косые — у 17, винтообразные — у 6, оскольчатые — у 5; переломы со смещением отломков — у 84; изолированные переломы — у 71, множественные — у 42.

У 103 детей были применены неоперативные методы лечения (одномоментная ручная репозиция и репозиция аппаратом с последующей гипсовой иммобилизацией выполнены у 48 детей, гипсовая иммобилизация без репозиции при переломах без смещения — у 40, лечение скелетным вытяжением — у 15), у остальных 10 — опера-

тивный метод. Скелетное вытяжение делали преимущественно при винтообразных, косых и оскольчатых переломах. К оперативному методу прибегали после неудавшейся репозиции отломков. В период реабилитации назначали физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебную гимнастику, пентоксил, метилурацил, глюконат кальция, витамины в драже.

Эффективность лечения оценивали по пятибалльной шкале С. С. Гирголава с учетом анатомических и рентгенологических данных, а также функции поврежденной конечности (см. табл.).

Влияние методов фиксации отломков на результаты лечения переломов костей

Исход	Методы лечения			Всего
	гипсовая повязка	скелетное вытяжение	оперативное вмешательство	
Отличный	76	9	8	93
Хороший	10	6	1	17
Удовлетворительный	1	—	2	3
Неудовлетворительный	—	—	—	—
Итого	87	15	11	113

Функциональный показатель эффективности лечения был лучше, чем анатомические его результаты.

Как показал наш опыт, анализ отдаленных исходов различных методов лечения переломов костей у детей помогает выбрать оптимальный способ исцеления и способствует повышению квалификации лечащих врачей.

УДК 615.28:576.852.2

О. А. Иртуганова (Москва). Роль химиопрепаратов в образовании устойчивых популяций микобактерий туберкулеза

Целью работы являлась селекция под воздействием противотуберкулезных препаратов вариантов микобактерий туберкулеза с измененной лекарственной устойчивостью. Лабораторный штамм $H_{37}R_v$ селекционировали путем 15 пассажей одной колонии на твердой среде Левенштейна—Йенсена. В полученном генетически однородном варианте микобактерий на 10^{12} особей не оказалось ни одной, устойчивой к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, этионамиду и этамбутолу.

Из исходного генетически однородного штамма были получены его варианты, моноустойчивые к 50 и 500 мкг/мл рифампицина, 10 и 500 мкг/мл изониазида, 20 и 500 мкг/мл стрептомицина, 10 и 100 мкг/мл этамбутола и 50 и 100 мкг/мл этионамида. Селекцию проводили на питательных средах Левенштейна—Йенсена и Финна II с возрастающими концентрациями каждого из противотуберкулезных средств, начиная с суббактериостатических. Резистентность ко всем препаратам быстрее развивалась на среде Финна II. Необходимая степень устойчивости была получена в течение года. Для получения относительно низкорезистентных вариантов требовалось 6—14 пассажей, а для высокорезистентных — 15—22 пассажа. Морфология бактерий и характер их роста на твердых и жидких питательных средах были одинаковы у чувствительного и у устойчивых вариантов. Ниациновый тест показал, что эта реакция положительна как у исходного чувствительного варианта, так и у резистентных. Редукция нитратов также протекала одинаково.

Вирулентность изучали на 120 белых мышах весом 18—20 г, которые были разделены на 12 групп и заражены в боковую вену хвоста чувствительным и 10 устойчивыми вариантами микобактерий туберкулеза. Еще 10 мышей заражали штаммом, выделенным от больного и чувствительным ко всем препаратам. Культуры туберкулезных микобактерий вводили в дозе 0,1 мг сухого вещества, разведенного в 0,5 мл физиологического раствора.

В группе животных, зараженных культурой от больного, у 40% в течение первого месяца наступил летальный исход. Лабораторные клонированные культуры имели отличия в вирулентности. К концу третьего месяца после заражения смертность в каждой из групп не превышала 10%.

Четкое снижение вирулентности по сравнению с исходным генетически однородным вариантом $H_{37}R_v$ было обнаружено у высокорезистентных к изониазиду микобактерий туберкулеза.

Результаты работы показали возможность селектирования устойчивых к различным противотуберкулезным препаратам вариантов микобактерий туберкулеза путем последовательных пассажей на питательных средах, содержащих химиотерапевтические средства. Резистентные варианты лабораторного штамма сохраняют видоспецифичность.

И. Н. Дьяконова, В. П. Филиппова, И. Ш. Низамутдинов, Р. У. Ахмеров, П. И. Саховский (Казань). Распространенность множественного склероза в ТАССР

В 13 городских и районных ВТЭК ТАССР на январь 1978 г. находилось на учете 293 больных множественным склерозом (МС): мужчин — 129, женщин — 164; возраст — от 22 до 85 лет; татар — 118, русских — 162, чувашей — 9, лиц прочих национальностей — 4.

У 184 больных была цереброспинальная форма МС, у 88 — спинальная и у 21 — церебральная. У 7 человек заболевание началось до 15-летнего возраста, у 29 — в 15—20 лет, у 110 — в возрасте от 21 до 30 лет, у 106 — от 31 до 40 лет, у 38 — от 40 до 50 лет и у 3 — после 50 лет. Наиболее раннее начало — в 12 лет, наиболее позднее — в 64 года. У 30,4% больных течение процесса можно определить как медленно прогрессирующее с ремиссиями. У 58,7% больных значительное ограничение трудоспособности наступило через 1—3 года после начала заболевания, у 11% — через 5 лет. Связь заболеваемости МС с профессией установить не удалось, однако следует отметить, что большинство больных занималось физическим трудом и что физическая работа утяжеляет течение заболевания.

Статистические исследования частоты МС в Татарии по данным ВТЭК показали, что инвалидность по МС составляет 8,23 на 100 000 населения. В городах проживает 58% больных, в сельской местности — 42%.

Распределение больных МС в 37 административных районах ТАССР оказалось неравномерным. В трех центральных районах (Чистопольском, Акубаевском, Черемшанском) и трех восточных (Мензелинском, Актанышском, Муслюмовском) инвалидов по МС не выявлено. Наибольшее число больных МС отмечено в промышленных районах (Зеленодольском, Бугульминском, Альметьевском, Тукаевском, Буинском, Агрызском, Лениногорском) с концентрацией их в городах республиканского и районного подчинения, что связано, вероятно, с миграцией населения. Фактору миграции населения при изучении распространенности МС придается большое значение, особое внимание при этом уделяется месту жительства больных до 15-летнего возраста. Учитывая это, мы провели письменный опрос больных о месте их рождения и территориальных перемещениях. Из 293 больных МС 115 (39,3%) родились в сельской местности и постоянно проживают по месту рождения; 97 (33,1%) родились в сельской местности, но затем, чаще всего в возрасте 16—20 лет, переехали в города республиканского и районного значения. Таким образом, только 27,6% больных МС родились в городе, однако у многих из них родители были выходцами из сельской местности, в ряде случаев за пределами Татарии.

Частота МС среди сельского населения с учетом административного деления ТАССР также оказалась неравномерной. Наибольшее число больных МС выявлено в Буинском (11), Бавлинском (9) и Нурлатском (9) районах, наименьшее — в центральных районах республики (0—3). Деревни, где проживают больные МС, чаще всего расположены неподалеку друг от друга; как правило, их национальный состав однороден. Нами выявлен один случай семейного заболевания МС, в 4 деревнях обнаружено по 2—3 больных МС.

Полученные данные о распространенности МС в Татарии представляют основу для выявления причинно-следственных отношений между территориальным распределением заболевания, особенностями географической среды и хозяйства, а также для изучения вопросов этиологии МС, включая и генетические факторы.

УДК 616.711—007.53

Е. М. Бекаревич (Казань). Посегментные составляющие шейного лордоза при дегенеративных поражениях позвоночника

При диагностике неврологических синдромов шейного остеохондроза важным подспорьем является оценка кривизны, в частности лордоза, этого отдела позвоночника. Мы провели исследование шейного лордоза в норме и при дегенеративных поражениях по следующей методике. На боковых рентгенограммах с помощью транспортира измеряли углы, образуемые на середине задних краев III, IV, V, VI шейных позвонков, если к ним провести линии от легко определяемых точек — от заднего нижнего угла тела VII позвонка и середины сагитальной оси атланта.

Боковые рентгенограммы выполняли в положении больного сидя, причем ему предлагали голову держать так, будто он смотрит вдаль, а плечи максимально опустить вниз.

Скископически изучены рентгенограммы шейного отдела позвоночника у 214 человек: у 67 здоровых людей (1-я группа), у 83 больных остеохондрозом (2-я группа), у 21 больного спондилоартрозом (3-я группа) и у 43 человек с сочетанной дегенеративной патологией (4-я группа). В анамнезе у многих обследованных имелось указание на травму черепа: в 1-й группе — у 67%, во 2-й — у 77%, в 3-й — у 71%, в 4-й — у 72%.

У обследованных 1-й группы для IV, V, VI позвонков углы лордоза отличаются

лишь в пределах десятых долей градуса и составляют около 143° ; угол на уровне III позвонка равен 145° . При дегенеративно-дистрофическом процессе отмечается возрастание величины углов: при спондилоартрозе — до 145° , при сочетанной патологии — до 149° , а при остеохондрозе выявлены самые тупые углы — до 151° . Таким образом, при остеохондрозе углы лордоза увеличены на $6-8^\circ$. Выпрямление лордоза происходит неравномерно на различных уровнях, что наиболее четко проявляется в группе лиц с сочетанной дегенеративной патологией: у них наиболее тупые углы ($150,0^\circ$) на уровне S_3 , сравнительно с более острыми углами в нижнешейных отделах (148° на уровне VI позвонка).

Как бы ни были велики локальные деформации в области одного, двух или трех шейных сегментов, существенного смещения черепа по отношению к заднейшейному углу тела VII позвонка не происходит. Если провести линию, соединяющую середину сагиттальной оси атланта с задненижним углом тела C_7 , то угол, образуемый данной линией и сагитталю атланта, составляет в группе больных остеохондрозом $58,13 \pm 7,8^\circ$, что не отличается от его величины в I-й группе — $58,0 \pm 7,5^\circ$.

УДК 616.721.6+618.1]:616.748.1—073.97

Т. М. Кухнина, Н. А. Шамова (Казань). Электромиография тазовой диафрагмы у женщин в неврологической и гинекологической практике

С целью разработки новых диагностических критериев при патологии нервно-мышечного аппарата области тазового дна использован метод локальной электромиографии (ЭМГ).

Обследовано 35 пациенток с поясничным остеохондрозом и остаточными явлениями воспалительного процесса внутренних половых органов (I-я группа) и 40 больных хроническим сальпингоофоритом и параметритом (2-я группа). Контрольную (3-ю) группу составляли 32 здоровые женщины. Возраст обследованных — от 20 до 51 года, длительность заболевания — от нескольких месяцев до 12—13 лет.

Объектом изучения была лобково-копчиковая мышца — часть мышцы, поднимающей задний проход, которая легко пальпируется на боковых стенках влагалища. Мышечную деятельность изучали в условиях покоя, синергии (вдох, при натуживании), активного сокращения, а также словесной инструкции на расслабление при непрерывной фоторегистрации. Игольчатые электроды вкалывали в симметричные точки через влагалище после предварительной обработки его раствором риванола. В покое при полном расслаблении у здоровых женщин регистрировалась интерференционная активность III типа по Бухталу, отражающая электрическую активность множества асинхронно возбуждающихся мышечных волокон, средняя амплитуда которой составляла $53,5 \pm 0,58$ — $171,48 \pm 3,15$ мкВ. При регистрации потенциалов действия обнаружено возрастание их длительности по мере увеличения возраста обследуемых.

Крайним выражением неумения расслабить тазовые мышцы явилась, на наш взгляд, запись биоэлектрической активности у женщины с явлениями вагинизма, у которой в покое и при всех функциональных пробах с обеих сторон регистрировалась активность III типа амплитудой 90—300 мкВ.

У больных I-й группы выявились черты, характеризующие патологию как периферического нейрона, так и самой мышцы и ее рецепторного аппарата. В четырех мышцах зарегистрирован I тип активности — «потенциалы отдельных двигательных единиц». У 25% больных в покое и при функциональных пробах на ЭМГ отмечены ритмичные залпы активности осцилляций частотой 8,5—9 Гц. Сходство с паркинсоновским тремором заключалось в строгой ритмичности и полном отсутствии гладкой изолинии между залпами. Отличие же от паркинсоновского экстрапирамидного тремора, имеющего, как правило, и меньшую частоту (5—6 Гц), состоит в сохранении структуры ЭМГ-картины при произвольном сокращении, в отсутствии постоянной формы и амплитуды на протяжении записи. Данный феномен требует дальнейшего изучения.

Во 2-й группе больных амплитуда ЭМГ III типа по Бухталу составляла в «покое» $68,98 \pm 0,36$ — $241,28 \pm 5,98$ мкВ, что достоверно превышало норму ($P < 0,001$). Залповой активности, как и в контрольной группе, не было выявлено. Четкой зависимости величины амплитуды электромиографической кривой от выраженности болевого синдрома установить не удалось.

Обобщая данные клинического исследования и ЭМГ, можно дать определение изучаемому синдрому тазового дна. Это — гинекологический мышечно-тонический и нейродистрофический синдром, часто встречающийся при поясничном остеохондрозе. Он обусловлен как изменением функционального состояния пояснично-крестцового отдела нервной системы, так и местной мышечной патологией стенок малого таза.

УДК 618.3—06:616.8—009.24—08:546.46.616.8—009.831

М. А. Давыдова, Н. А. Тульчинская, Ш. А. Мухаметзянов, Т. Р. Сюняков (Казань). Гипермагниевая кома как осложнение магниальной терапии эклампсии беременных

Мы наблюдали гипермагниевую кому у 3 больных эклампсией, осложненной острой почечной недостаточностью, которым проводилась магниальная терапия по-

методу Бровкина. Так как клиническое течение этого осложнения у всех больных было довольно однотипным, приводим выписку из одной истории болезни.

Е., 22 лет, 18/VI 1977 г. в крайне тяжелом состоянии доставлена в родильный дом № 2 г. Казани. В приемном покое было приступ эклампсии (третий по счету, два первых — дома).

Сознание отсутствует, в легких везикулярное дыхание, тоны сердца чистые, пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, АД 21,3/17,3 кПа (160/130 мм рт. ст.), живот мягкий, увеличен в объеме за счет матки, которая соответствует 36—38-недельной беременности, печень не прощупывается, мочи катетером не добыто. Сердцебиение плода не выслушивается. Диагноз: беременность 36—38 недель, эклампсия, внутриутробная смерть плода. Начато лечение, включавшее глюкозо-новокаиновую смесь с инсулином, эуфиллин, дроперидол, димедрол, гемодез, альбумин, аскорбиновую кислоту, витамины группы В, маннитол. Проведена магниезальная терапия по Бровкину (24 г сульфата магния). 19/VI состояние больной улучшилось. Сознание ясное, пульс 108 уд. в 1 мин., ритмичный, АД 14,6/10,6 кПа (110/80 мм рт. ст.), суточный диурез 370 мл. Анализ крови: Hb 2,2 ммоль/л, мочевины 15,3 ммоль/л, калия 4,4 ммоль/л. Анализ мочи: плотность 1,015, белка 13,2%, в осадке лейкоциты покрывают все поля зрения. В течение дня проводили ту же медикаментозную терапию. Вечером наступили роды — плод мертвый, мужского пола, масса 2400 г, рост 51 см. Кровопотеря 150 мл. В связи с повышением АД до 18,6/13,3 кПа (140/100 мм рт. ст.) проведен второй тур магниезальной терапии. 20/VI утром состояние стало прогрессивно ухудшаться, появилась вялость, заторможенность, и в 12 ч наступила кома. АД 16/9 кПа (120/70 мм рт. ст.), пульс 96 уд. в 1 мин, ритмичный. Осмотр невропатолога: кома неясной этиологии, признаков нарушения мозгового кровообращения нет. Диурез 700 мл. Мочевины крови 30 ммоль/л, калия 4,5 ммоль/л. Заподозрена гипермагниевая кома.

Больная переведена в лабораторию гемодиализа 6-й городской больницы. Состояние крайне тяжелое. Кома. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 18,6/10,6 кПа (140/80 мм рт. ст.). Живот мягкий, печень не пальпируется. На ЭКГ выявляется нарушение предсердно-желудочковой проводимости. Глазное дно без изменений. Анализ крови: Hb 1,5 ммоль/л, л. $4,05 \cdot 10^9$ в 1 л, э.—2%, мнел.—1%, ю.—2%, п.—9%, с.—44%, лимф.—38%, мон.—4%; мочевины 30 ммоль/л, креатинина 459,7 мкмоль/л, калия 5,4 ммоль/л, магния 7,05 ммоль/л, кальция 1,5 ммоль/л.

У больной при умеренной азотемии имеется резко выраженная гипермагниемия с гипокальциемией. Это дало основание диагностировать тяжелую форму магниевой интоксикации. Для выведения магния из организма решено прибегнуть к гемодиализу.

Артерио-венозный гемодиализ сопровождался падением АД до 10,6/5,3 кПа (80/40 мм рт. ст.). К концу диализа больная стала ориентироваться в месте и времени. Назначено внутривенное вливание 60 мл 10% раствора хлористого кальция. 21/VI сопорозное состояние. АД 13,3/8 кПа (100/60 мм рт. ст.), пульс 100 уд. в 1 мин. Диурез 500 мл. Мочевины крови 36,6 ммоль/л, калия 4,8 ммоль/л, магния 4,5 ммоль/л, кальция 1,4 ммоль/л. Повторный гемодиализ привел к нормализации магниевых баланса и снижению азотемии.

22/VI состояние остается тяжелым, но сознание ясное, рефлексы снижены. АД 16/10,6 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс 80 уд. в 1 мин. Диурез 1,1 л. Осмотр гинеколога: шейка цилиндрическая, зев пропускает 1 палец, матка увеличена до 13 нед беременности, плотная, безболезненная. Содержание мочевины в крови 35 ммоль/л. Третий гемодиализ. В последующие дни полиурия.

6/VII состояние удовлетворительное. Пульс 82 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 18,6/12 кПа (140/90 мм рт. ст.). Диурез 3,5 л. Анализ крови: э. $3,65 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb 1,3 ммоль/л, л. $7,6 \cdot 10^9$ в 1 л, э.—3%, п.—6%, с.—54%, лимф.—30%, мон.—7%, мочевины 7,3 ммоль/л, калия 4,1 ммоль/л. Анализ мочи: плотность 1,004, следы белка, в осадке лейкоциты в большом количестве. Пациентка выписана на амбулаторное лечение. При обследовании спустя два месяца практически здорова.

В приведенном случае больная в течение 2 суток получила 48 г сульфата магния. Если учесть, что 70—90% магния, введенного парентерально, выводится с мочой, то при олигурии магниезальная терапия может привести к развитию опасной для жизни гипермагниемии. Этим можно объяснить быстрое ухудшение состояния больной после второго тура магниезальной терапии и разительный эффект двух гемодиализов, приведших к нормализации магниевых баланса и исчезновению нарушений нервной системы. В последующем, хотя неврологический статус не был изменен, азотемия оставалась высокой, и она послужила показанием для проведения третьего гемодиализа, вслед за которым наступила полиурия.

О гипермагниемии как причине комы свидетельствует и сопутствующая ей гипокальциемия, так как кальций и магний в клеточном обмене являются антагонистами. При поступлении в организм в больших дозах магний вытесняет из белковых и минеральных соединений кальций, который начинает выделяться в значительных количествах с мочой, что ведет к развитию гипокальциемии. В нашем наблюдении содержание кальция в крови колебалось в пределах 1,4—1,5 ммоль/л (при норме 2,25—2,9 ммоль/л). Поэтому при магниевой интоксикации показаны внутривенные

вливания солей кальция. Однако, несмотря на ежедневное введение 60 мл 10% хлористого кальция и высокое содержание этого иона в диализирующем растворе, нормализация кальциевого баланса произошла лишь после второго гемодиализа.

Перед назначением сульфата магния больным с поздним токсикозом беременных необходимо исследовать у них функциональное состояние почек.

УДК 618.12—002:577.157.2

В. Г. Назаров (Пенза). О фибринстабилизирующих свойствах тканей маточных труб при воспалении

Исследованы фибринстабилизирующие свойства тканей 98 маточных труб. В зависимости от особенностей макро- и микроскопического строения весь исследуемый материал был разделен на 4 группы. В 1-ю гр. отнесены трубы (29) с признаками хронического сальпингита вне обострения, с умеренно выраженным склерозом стенок и очаговыми лимфо-плазмо-клеточными инфильтратами, во 2-ю (9 труб) — тонкостенные гидросальпинксы с резко выраженным склерозом и атрофией стенок, в 3-ю (13 труб) — пиосальпинксы, стенки которых были отечны и инфильтрированы нейтрофилами с примесью эозинофилов и плазматических клеток. Контролем служили 47 неизмененных труб (4-я группа).

Трубы очищали от жировой ткани и видимых сосудов, отмывали от крови холодным физиологическим раствором и хранили до исследования в холодильной камере в замороженном состоянии при -20°C (не более 7—10 суток). Участки труб, имбибированные кровью, для исследования не использовали. В тканевых экстрактах содержание фибриназы исследовали по методике Сигга и Дюккерта в модификации В. П. Балуды и соавт.

Фибринстабилизирующий фактор обнаружен во всех трубах. Индекс фибриназной активности в неизмененных трубах составлял в среднем $1,19 \pm 0,03$. В тканях пиосальпинксов при гнойном воспалении фибриназная активность оказалась повышенной, причем тем резче, чем выраженнее были воспалительные изменения (отек, лейкоцитарная инфильтрация, слущивание клеток). Индекс фибриназной активности составил в среднем $1,38 \pm 0,09$ ($P < 0,05$). В тканях труб, отнесенных к 1-й и 2-й группам, фибриназная активность не отличалась от контроля: ее индекс составил соответственно $1,24 \pm 0,03$ и $1,20 \pm 0,07$. Однако в тех трубах, где была наиболее выражена лимфо-плазмо-клеточная инфильтрация, индекс фибриназной активности всегда был выше 1,25.

Повышение фибринстабилизирующих свойств тканей маточных труб при гнойном воспалении обусловлено, по-видимому, высвобождением фибриназы из поврежденных клеток. Одним из источников фибриназы могут быть лейкоциты воспалительного инфильтрата.

УДК 615.256.55: 618.39—079.6

И. Я. Купов, И. В. Белова (Рязань). Отравление меновазинном

12/III 1973 г. между 23 и 24 часами П., 39 лет, с целью прерывания беременности выпила около 150 мл «жидкости для растирания суставов». Вскоре после этого она заснула, а утром 13/III ее мать обнаружила, что она в бессознательном состоянии. Врачом скорой помощи констатировано, что больная без сознания, зрачки сужены, реакция на свет вялая. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, пульс 140 уд. в 1 мин.

После промывания желудка и введения сердечных средств пострадавшая транспортирована в реанимационное отделение 3-й областной клинической больницы. Доставлена в 8 ч 45 мин 13/III в крайне тяжелом, бессознательном состоянии. Выражен акроцианоз лица, на расстоянии слышалось kloкочущее дыхание.

В легких на всем протяжении разнокалиберные влажные хрипы. Частота дыханий 40 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, пульс 96 уд. в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Диагноз при поступлении: острое отравление неизвестным ядом.

Консультация гинеколога: из половых органов темные кровянистые выделения с примесью слизи; матка увеличена до размеров, соответствующих 11—12 неделям беременности, подвижная; наружный зев пропускает кончик пальца. Диагноз: беременность 11—12 недель; начинающийся выкидыш; картина общей тяжелой интоксикации. 13/III (время не указано) П. пришла в сознание, но состояние оставалось тяжелым; жалуется на затрудненное глотание. 14/III в 11 ч 30 мин произошел выкидыш.

15/III консультация оториноларинголога: больная жалуется на охриплость голоса; голосовые складки гиперемированы. Диагноз: острый ларингит (последствие отравления).

16/III появился кашель с мокротой, пропал голос. Дыхание слева ослаблено, единичные влажные хрипы.

Данные рентгенографии грудной клетки от 16/III: в легочной ткани слева, в прикорневой области, участок интенсивной воспалительной инфильтрации на фоне резко

усиленного бронхо-сосудистого рисунка. Диагноз: левосторонняя токсическая прикорневая пневмония.

17/III П. осмотрена гинекологом. Общее состояние нетяжелое. Выделения из половой щели слизисто-кровянистые, обильные. Маточный зев закрыт. Состояние матки такое, каким и должно быть после выкидыша. Придатки без особенностей. Диагноз: состояние после выкидыша при сроке беременности 12—13 недель.

19—27/III продолжался кашель, осиплость голоса, но общее состояние постепенно улучшалось. В легких — везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. Анализы крови: 13/III — л. $35 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 33 мм/ч. 16/III — л. $11,2 \cdot 10^9$ в 1 л. Эритроциты и гемоглобин в норме. 23/III — количество лейкоцитов нормализовалось, СОЭ 16 мм/ч.

Анализ мочи: 13/III — белка $0,33^{0/00}$, все поле зрения покрывают эритроциты; 20/III — белок в моче отсутствует, эритроцитов 0—1 в поле зрения; 23/III — изменений в моче не выявлено.

В течение первых 5 дней пребывания больной в стационаре температура вечером была повышена до $37,4—38,0^\circ$, а утром в пределах нормы.

Клинический диагноз: отравление неизвестным ядом; левосторонняя пневмония; полный выкидыш.

«Жидкостью для растирания суставов» оказалась лекарственная смесь следующего состава: ментола — 2 г; анестезина — 1,5 г; новокаина — 1,5 мл; спирта 70° — 150 мл. Анестезин относится к лекарственным веществам, включенным в список Б. Его разовая доза — 0,5 г, суточная — 1,5 г. Разовая доза новокаина — 0,25 г, суточная — 0,75 г. Таким образом, помимо 2 г ментола, П. приняла одномоментно суточную дозу анестезина и две суточные дозы новокаина, что вызвало тяжелое коматозное состояние, потребовавшее применения реанимационных мероприятий. В последующем проявлениями отравления явились развитие токсических ларингита и пневмонии, а через 1,5 сут после принятия указанной лекарственной смеси произошел выкидыш.

Интерес этого редкого случая заключается в том, что он раскрыл клиническую картину и последствия отравления меновазином при необычном методе его применения беременной — принятии внутрь через рот. Хотелось бы обратить внимание на тактическую ошибку врача скорой помощи. В случаях, когда имеется или подозревается отравление неизвестным ядом, необходимо направлять на судебно-химическое исследование остатки этого вещества и промывные воды. Установление судебными химиками ядовитого вещества может помочь сделать правильный выбор методов и средств наиболее рационального лечения пострадавшего.

ГИГИЕНА И САНИТАРИЯ

УДК 613.46

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ПРЕБЫВАНИЯ В САУНЕ

В. И. Соболевский

Кафедра спортивной медицины (зав. — проф. В. П. Правосудов) Государственного ордена Ленина и ордена Красного Знамени института физической культуры им. П. Ф. Лесгафта, Ленинград

Реферат. Прослежена динамика терморегуляторных реакций в ответ на пребывание в горячем помещении сауны и охлаждающую процедуру у здоровых и больных гипертонической болезнью 1 стадии. С гигиенических позиций обоснованы наиболее рациональные условия пребывания в сауне (влажность и температура воздуха, температура воды при некоторых видах контрастного охлаждения).

Ключевые слова: сауна, терморегуляция, гигиеническое нормирование. 2 иллюстрации. 1 таблица. Библиография: 7 названий.

За последние несколько лет финская суховоздушная сауна нашла широкое практическое применение как эффективное тепло-гидротерапевтическое средство при лечении и реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и периферической нервной систем, с последствиями травм опорно-двигательного аппарата, с некоторыми видами нарушений обмена веществ [4], а также как действенное закаляющее и профилактическое средство.

Однако если некоторые методические аспекты применения сауны для восстановления и повышения физической работоспособности у спортсменов освещены в литературе [2,5], то гигиеническая оценка условий пребывания и регламентация процедуры купания в финской суховоздушной бане до настоящего времени в должном объеме

тепла в организме увеличивается. При этом происходит уменьшение поперечного («ядро» — кожный покров) и осевого кожно-температурного градиентов. Особенно значительный уровень внутренней гипертермии наблюдается при температуре 110°C (сублингвальная температура повышается до 38,7—39,3°C), который кроме нарушений сердечной деятельности (уменьшение суммарной электродвижущей силы сердца на фоне прогрессирующей тахикардии, нарушение процесса реполяризации в задней и боковой стенках левого желудочка, «ишемический» тип смещения сегмента ST на ЭКГ) сопровождался ослаблением корреляционной взаимосвязи между некоторыми показателями терморегуляции (рис. 1).

Существенное уменьшение времени задержки дыхания на вдохе и выдохе и ЖЕЛ (в среднем на 11,9%), депрессия показателей мышечной силы подтвердили неблагоприятный характер воздействия температуры 110°C на функциональное состояние организма практически здоровых лиц.

Напротив, температура воздуха 70 и 90°C при двукратной по 10 мин экспозиции в горячем помещении сауны приводила к физиологически адекватным терморегуляторным изменениям рассматриваемых показателей как у здоровых, так и у больных и, кроме того, сопровождалась после термовоздействия приростом кистевой и становой силы.

Однако необходимость лимитирования времени пребывания в горячем помещении сауны при температуре 90°C очевидна, так как трехкратная по 10 минут экспозиция у большинства испытуемых вызывала значительное накопление тепла, большие потери массы тела, ухудшение самочувствия и в ряде случаев существенное понижение пульсового давления и патологические изменения ЭКГ. Наиболее рациональная длительность пребывания в горячем помещении сауны при температуре 70 и 90°C (относительная влажность 5—15%) является двукратная по 10 мин с интервалом 5 мин.

Следует подчеркнуть, что резкое повышение влажности воздуха до 80% при температуре 70 и 90°C приводит к скачкообразному накоплению тепла и чрезмерному повышению кожной и внутренней температуры тела, что в свою очередь инспирирует ЭКГ-признаки нарушения сердечной деятельности, тахикардию до 160—180 уд. в 1 мин, депрессию показателей ЖЕЛ, проб Штанге и Генча, мышечной силы. Врачебный опрос показал, что все без исключения испытуемые предпочитают менее влажный воздух — с относительной влажностью 5—15%.

Касаясь вопроса о гигиенической оценке температуры воды во время охлаждающей процедуры, можно отметить, что у практически здоровых лиц душ и ванна с температурой воды 10 и 17°C вызывают транзитное повышение поперечного температурного градиента за счет резкого уменьшения кожной температуры с последующей его редукцией, сопровождающейся незначительным учащением сердечного ритма, подъемом систолического и диастолического АД на 5—10 мм рт. ст.

Однако у лиц с повышенным АД во время приема контрастной ванны с температурой воды 10°C (после 2-кратной по 10 мин экспозиции при температуре 70 и 90°C) наблюдалось более значительное увеличение систолического давления и учащение сердечного ритма, чем во время душа той же температуры, а также более существенная динамика рассматриваемых показателей по сравнению с группой здоровых испытуемых (рис. 2). Это свидетельствует о необходимости менее контрастного охлаждения после температурного воздействия в сауне для больных гипертонической болезнью 1 стадии: предпочтительнее и безопаснее принимать прохладный душ с температурой воды 17—20°C, чем контрастную холодную ванну. Данный аспект методики имеет особую важность, так как в литературе имеются указания, что сауну можно применять в качестве гипотензивного средства [6].

Кроме того, в ходе исследования было констатируемо, что влияние гипертермии на сердечную деятельность при различных состояниях миокарда не однозначно. Так,

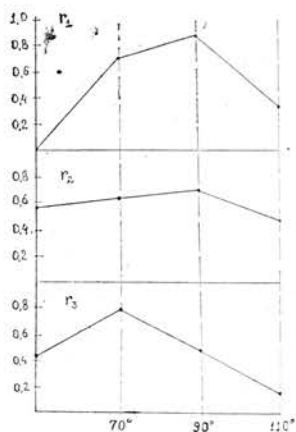


Рис. 1. Изменение коэффициентов корреляции между некоторыми показателями терморегуляции до и после сауны. По оси ординат: r_1 , r_2 , r_3 — коэффициенты корреляции соответственно — между влаготеплотами и внутренней температурой тела, между внутренней температурой тела и частотой сердечных сокращений, между частотой сердечных сокращений и соотношением T/R_D на ЭКГ.

По оси абсцисс: температура воздуха в сауне при относительной влажности 5—15% (длительность пребывания — дважды по 10 мин).

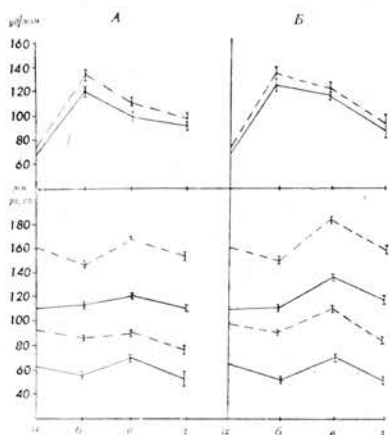


Рис. 2. Динамика частоты сердечных сокращений и АД у здоровых и больных лиц (гипертоническая болезнь I стадии) под влиянием различных охлаждающих процедур после сауны. Обозначения: А — душ 10°, Б — ванна 10°. По оси абсцисс: а — исходные данные; б — после 10-минутного пребывания в сауне; в — после охлаждающей процедуры; г — спустя 5 мин после охлаждения. Здоровые — сплошная линия; больные — прерывистая линия.

у испытуемого с исходной картиной атипичного синдрома Вольфа — Паркинсона — Уайта после 3-кратной термонагрузки при температуре 90°С (относительная влажность 5—15%) была выявлена предсердная экстрасистолия по типу bigeminii. После 2-кратного идентичного теплового воздействия указанных изменений сердечной деятельности не отмечалось. Это свидетельствует, что чрезмерный уровень экзогенной гипертермии может привести к значительному напряжению системы терморегуляции и провоцировать нарушения ритма сердца у лиц, имеющих к ним предрасположение.

ВЫВОДЫ

1. Лимитирование уровня влажности до 5—15%, температуры воздуха до 70 и 90°С, температуры воды при контрастном охлаждении гарантирует благотворное влияние сауны на функциональное состояние организма.
2. Нарушение гигиенических требований к условиям пребывания в сауне приводит к чрезмерному напряжению терморегуляторных механизмов, значительному накоплению тепла и может провоцировать патологические нарушения сердечной деятельности и существенное изменение сосудистого тонуса как у здоровых лиц, так и (в большей степени) у больных гипертонической болезнью I стадии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ажаев А. Н. Физиол. журн. СССР, 1972, 3.—2. Кафаров К. А. Влияние условий финской суховоздушной бани-сауны на некоторые физиологические показатели у спортсменов. Автореф. канд. дисс., М., 1969.—3. Лутков В. Ф., Правосудов В. П., Проектор М. Л., Соболевский В. И. В кн.: Совершенствование научных основ физического воспитания и спорта по материалам медико-биологических, социально-психологических исследований. Л., ГДОИФК, 1978.—4. Олефиренко В. Т. Водолечение. М., Медицина, 1978.—5. Соболевский В. И. В кн.: Научные основы разработки и совершенствования технических средств, применяемых в спортивной тренировке. Л., ГДОИФК, 1978.—6. Richter R. Wir baden in der Sauna. Berlin, Fischer Verlag, 1972.—7. Vuori I., Mäkäraäinen M., Jääskeläinen A. Cardiology (Basel), 1978.

Поступила 11 сентября 1979 г.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 362.13+615.833 (091)

РАЗВИТИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

А. Г. Хамидуллин, И. Л. Билич

Татарский областной совет по управлению курортами профсоюзов (председатель — А. Г. Хамидуллин) и кафедра госпитальной терапии № 1 (зав. — проф. В. Ф. Боговяленский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Среди грандиозных успехов, которых добилась орденоносная Татарская Автономная Советская Социалистическая Республика за 60 лет своего существования в области экономики, промышленности, культуры, медицинского обслуживания населения и

др., нельзя не отметить выдающихся достижений в развитии здравниц-санаториев, курортов и домов отдыха.

Несмотря на богатейшие природные условия нашего края — благоприятный климат, красоты ландшафта, наличие бальнеологических ресурсов, до Советской власти в бывшей Казанской губернии не было ни одной здравницы.

Ленинский декрет от 4 апреля 1919 г. «О лечебных местностях общегосударственного значения» получил реальное осуществление уже в первую годовщину (1921 г.) образования ТАССР. В этом году был организован детский туберкулезный санаторий на ст. «Обсерватория» и открыт первый дом отдыха «Васильевский» на базе бывших купеческих дач, принявший 150 рабочих. Из года в год эта здравница набирала силы, получала все большее развитие и снискала популярность как климатический курорт общесоюзного значения.

В настоящее время Васильевскую здравницу можно назвать «комбинатом здоровья». Она включает санаторий и дом отдыха, в которых одновременно лечатся и отдыхают около 1,5 тыс. человек. За последнее десятилетие произошла профилизация санатория для лечения больных с заболеваниями органов кровообращения и нервной системы. С января 1979 г. открыто отделение на 30 коек для долечивания больных, перенесших острый инфаркт миокарда.

Санаторий «Васильевский» находится в естественном сосновом парке, вблизи которого начинается обширный лесной массив (преимущественно хвойный). Сравнительно недалеко от парка протекает Волга.

Спальные корпуса комфортабельны, удобны для отдыха, лечебно-диагностические корпуса оснащены современной аппаратурой. Имеются все необходимые вспомогательные помещения, в том числе и для проведения культурно-массовых мероприятий. Здравница укомплектована штатом опытных, высококвалифицированных медицинских работников, способных оказать надлежащую специализированную лечебную помощь. В настоящее время санаторий в лесах стройки: возводятся новое здание водогрязелечебницы, подсобные сооружения. С вводом их в эксплуатацию и за счет перепрофилирования дома отдыха коечный фонд санатория расширится до 1000 мест.

В 1924 г. был открыт первый бальнеологический сезонный курорт «Ижевские минеральные воды» на 25 коек. В настоящее время он рассчитан на 250 коек. Курорт расположен на правом берегу Камы, в Елабужском районе, рядом с селом Ижевка.

Целительные свойства воды из здешних источников стали известны еще в 1876 г., когда елабужский врач Н. Г. Крылов с успехом стал назначать ее при заболеваниях печени и желудочно-кишечного тракта.

На протяжении 1908—1917 гг. эти источники изучали ученые Казанского университета П. И. Кротов, В. С. Садиков, С. И. Залесский. В 1917 г. А. А. Лозинский, автор «Бальнеографии России», включил ижевские источники в каталог минеральных ресурсов России. По своему составу воды относятся к сульфатно-хлоридно-натриево-кальциево-магниевым с концентрацией до 4,6 г/л. Кроме того, территория курорта располагает другим лечебным фактором — рассольными водами с минерализацией 1680,97 г/л (З. Н. Блюмштейн). По запасам минеральных вод, их достоинствам, а также месту расположения этот курорт имеет все возможности стать в ближайшем будущем одной из крупных здравниц страны.

В изучении бальнеологических ресурсов курорта «Ижевские минеральные воды», в его организации и начальной эксплуатации большая заслуга принадлежит ученым Казанского медицинского института и института усовершенствования врачей: химику проф. З. Н. Блюмштейну, терапевтам проф. Б. А. Вольтеру — первому заведующему курортом, профессорам А. Г. Терегулову, В. И. Катерову, Е. С. Алексею — постоянным его консультантам. Продолжая традиции своих учителей, в последние десятилетия консультативно-практическую помощь оказывали проф. О. С. Радбиль, проф. И. Л. Билич, доц. Р. И. Хамидуллин.

Курорт профилирован для лечения больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Однако еще проф. А. Г. Терегулов отмечал его благоприятное действие при нарушениях обмена веществ — калькулезах, ожирении.

Пока здравница работает сезонно (с мая по сентябрь), больные размещаются в бревенчатых корпусах (возможно, в этом имеется определенная привлекательность — близость к природе), но недалеко то время (1981 г.), когда вступит в строй величавый 9-этажный комплекс, и курорт станет круглогодичным, рассчитанным на 750 коек.

Благодаря редкостному сочетанию природных богатств этот курорт может считаться, наряду с бальнеологическим, и климатическим. Он расположен на возвышающихся над Камой живописных скалах, его окружает лиственный лес, необятные поля, расстилающиеся зелеными коврами, и холмы с разноцветными полевыми цветами и целебными травами. На противоположном берегу стелется золотой песчаный пляж.

Большое будущее можно пророчить и второму бальнеологическому курорту Татarii — «Бакирово», который был открыт в 1933 г. в одноименном селении с серно-грязевым бассейном. Важную работу по изучению физико-химических свойств бакировской грязи и уточнению ее запасов, а также сарапульской сероводородной воды выполнили во время экспедиций проф. З. Н. Блюмштейн, гидробиолог проф. А. П. По-

номарев, горный инженер В. Г. Соколов, физиотерапевт Г. А. Клячкин. Руководили этой работой Е. С. Алексеев и З. Н. Блюмштейн.

Курорт профилирован для лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата и гинекологическими заболеваниями.

Целебность бакировской грязи получила большую популярность. Многие пациенты вспоминают с благодарностью курорт и стараются повторно получить путевки для закрепления эффекта лечения. В последние годы на курорте построены современный спальный корпус, большая бальнеологическая лечебница с автоматизированной подачей лечебной грязи. Имеется вся необходимая физиотерапевтическая аппаратура, дозированный терренкур. Этот курорт, как и другие, имеет большие перспективы роста. Предполагается ныне функционирующие 539 коек довести до 1000.

На живописном месте у самого берега реки Казанки в лиственно-хвойном парке расположен кардиологический санаторий «Крутушка» на 500 мест. Санаторий оснащен новейшим лечебно-диагностическим оборудованием, в том числе для проведения психотерапии. В этом году предстоит открыть клуб — столовую на 500 мест.

Большие изменения произошли и в санатории «Казанский», который впервые принял больных в 1933 г. В 1958 г. на его территории была заложена скважина, обнаружившая гидро-карбонатно-сульфатно-кальциево-магниевою минеральную воду («Казанская минеральная вода»). Инициатива закладки скважины принадлежала главному врачу санатория Л. И. Златкину. Впервые обнаружил сульфатно-кальциевую воду на этой территории в 1910 г. профессор КГУ М. Э. Ноинский. Санаторий профилирован для лечения больных патологией пищеварительной системы и сахарным диабетом. В 1963 г. он стал базовым санаторием Татарского областного совета по управлению курортами профсоюзов. С этого времени начинается период его дальнейшего развития.

Базовый санаторий «Казанский» является консультативно-методическим центром для здравниц не только Татарии, но и соседних автономных республик. Во главе научно-методической и лечебной работы стоят в течение почти двух десятилетий энтузиасты — кандидаты мед. наук М. И. Пивикова и Д. Х. Максудова. Свои диссертационные работы, посвященные функциональным методам исследования органов пищеварения, они выполнили на базе курорта «Ижевские минеральные воды».

По оснащенности диагностической аппаратурой санаторий «Казанский» занимает одно из первых мест среди подобных лечебно-профилактических учреждений республики. В его лабораториях освоены современные методы исследования желудочной секреции (пристеночная рН-метрия, фракционное зондирование), оперативно вводятся все новые методы, которые разрабатываются на профильных кафедрах медицинского института и института усовершенствования врачей, а также в здравницах союзного значения и головных институтах.

На базе санатория организованы циклы повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала всех здравниц Татарии, особенно по вопросу диетологии. Санаторий является пионером в стране по разработке недельного меню с комплексными, сбалансированными сочетаниями блюд завтрака, обеда и ужина. Это начинание, одобренное Центральным курортным советом, получило высокую оценку, и его применяют во многих здравницах страны.

На территории базового санатория продолжает функционировать дом отдыха для беременных женщин.

Условием эффективности терапии многих хронических заболеваний и полной реабилитации больных является правильная преемственность между отдельными этапами по системе поликлиника — стационар — санаторий (профилакторий) — поликлиника, совместная научно обоснованная диагностика и взаимодополняющие методы лечения. Профессора, доценты клинических кафедр медицинских институтов являются консультантами и руководителями научных исследований в здравницах. Общими усилиями совершенствуются методы исследования, диагностика, лечение больных; продолжают поиски в создании эффективных комплексов санаторно-курортных факторов терапии, изучается механизм действия отдельных факторов. Все это дает возможность считать, что здравницы являются не только местом лечения и оздоровления, но и научными учреждениями. В настоящее время более 30% врачей здравниц выполняют под руководством консультантов научные исследования.

В трех курортах и двух санаториях, имеющих в распоряжении Татарского областного совета, в настоящее время восстанавливают свое здоровье одновременно 2565 больных. Помимо этого, в семи домах отдыха («Пустые Мокваши», «Набережные Мокваши», «Шеланга», «Берсут», «Красный Ключ», «Ливадия», «Васильевский») развернуто 343 койки, что вместе составляет 5999. К этому можно еще добавить здравницы для больных с заболеваниями легких, а также санатории-профилактории.

Велики дальнейшие перспективы развития санаторно-курортного этапа реабилитации в ТАССР. Курортным советом составлены планы строительства новых и расширения имеющихся здравниц на 11—12-ю пятилетки. Согласно плану на 11-ю пятилетку предусматривается строительство санаторного пионерского лагеря на 312 мест кардионеврологического профиля в сосновом бору на реке Меше в Пестречинском районе, где школьники будут учиться и получать полноценное санаторно-курортное лечение. Будут построены столовые в санаториях «Васильевский» и «Казанский»

на 1000 и 500 мест соответственно, реконструирована водогрязелечебница в санатории «Казанский», построены лечебные корпуса в Бакирово, спальные корпуса в санаториях «Крутушка», «Васильевский». Будут также осуществлены значительные мероприятия по благоустройству здравниц.

В 12-й пятилетке предусматривается строительство второй очереди курорта «Ижминводы» на 500 мест, расширение курорта «Бакирово» до 1000 мест, перепрофилирование дома отдыха «Берсут» в санаторий для лечения больных с заболеваниями легких нетуберкулезной этиологии, а также доведение коечного фонда санатория «Крутушка» до 1000 мест.

Совместно с Свердловским институтом курортологии и физиотерапии в 1979 г. начаты работы по определению запасов и разработке технологической схемы рациональной эксплуатации месторождений лечебных грязей в районе Голубого озера и курорта Бакирово. В текущем году начата разведка минеральных вод бурением на территориях курортов «Васильевский» и «Бакирово». Начата разработка проекта по реконструкции и перепрофилированию дома отдыха «Пустые Мокваши» в санаторий для лечения больных с заболеваниями органов дыхания нетуберкулезного характера.

Поступила 18 марта 1980 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 617.582—089—073—75

К МЕТОДИКЕ РЕНТГЕНОВСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ШЕЙКИ БЕДРА

М. С. Воропаев

Кафедра военно-полевой хирургии (начальник — проф. Д. И. Цурупа) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

При остеосинтезе шейки бедра возникает необходимость рентгенологического контроля этапов операции. Трудности, связанные с настройкой рентгеновских аппаратов, нестабильность кассеты вблизи операционного поля общезвестны. Учитывая практические потребности, мы изготовили и внедрили в практику кассетодержатель для рентгеновских исследований на операционном столе при выполнении оперативных вмешательств в зоне проксимального метаэпифиза бедренной кости. Общий вид приспособления представлен на рис. 1, схематическое изображение — на рис. 2. Основание 7 кассетодержателя крепится к операционному столу прижимом 8. По наружному диаметру основания движется ограничитель 1, регулирующий положение кассеты по высоте. Дозированное перемещение ее осуществляется с помощью пружины 6 (рис. 2, а).

К корпусу основания 5 крепится кронштейн 9 под углом 130°, на котором находится подвижное ложе 10 кассетодержателя, обеспечивающее горизонтальное перемещение кассеты. Ширина ложа кассетодержателя соответствует толщине кассеты. Пружинный фиксатор плотно фиксирует кассету в необходимом положении.

В верхней части основания кассетодержателя выполнены два паза Г (сеч. В—В), позволяющие установить подвижное ложе кассетодержателя вместе с кассетой под углом 130°, параллельно шейке бедра (как правого, так и левого). Закрепление в нужном положении осуществляется пружинным фиксатором 4 (рис. 2, б).

Указанное приспособление позволило добиться улучшения качества рентгеновских снимков на операционном столе, сократить время выполнения операции в среднем на 30—40 мин.

Благодаря указанному приспособлению уменьшилось количество рентгеновских снимков при выполнении оперативного вмешательства, при этом экономия рентгеновских пленок составила от 4 до 6 листов на одну операцию. Выполнена 21 операция по поводу переломов в зоне проксимального метаэпифиза бедренной кости. Полученные рентгеновские изображения костных фрагментов бедра позволили у всех больных добиться репозиции и хорошей адаптации с последующей фиксацией на операционном столе.

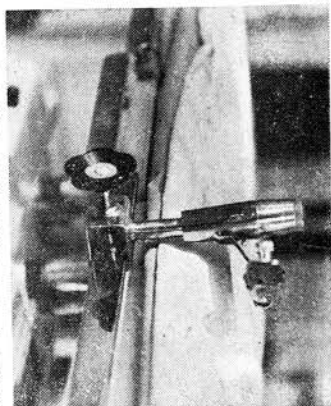


Рис. 1. Общий вид кассетодержателя.

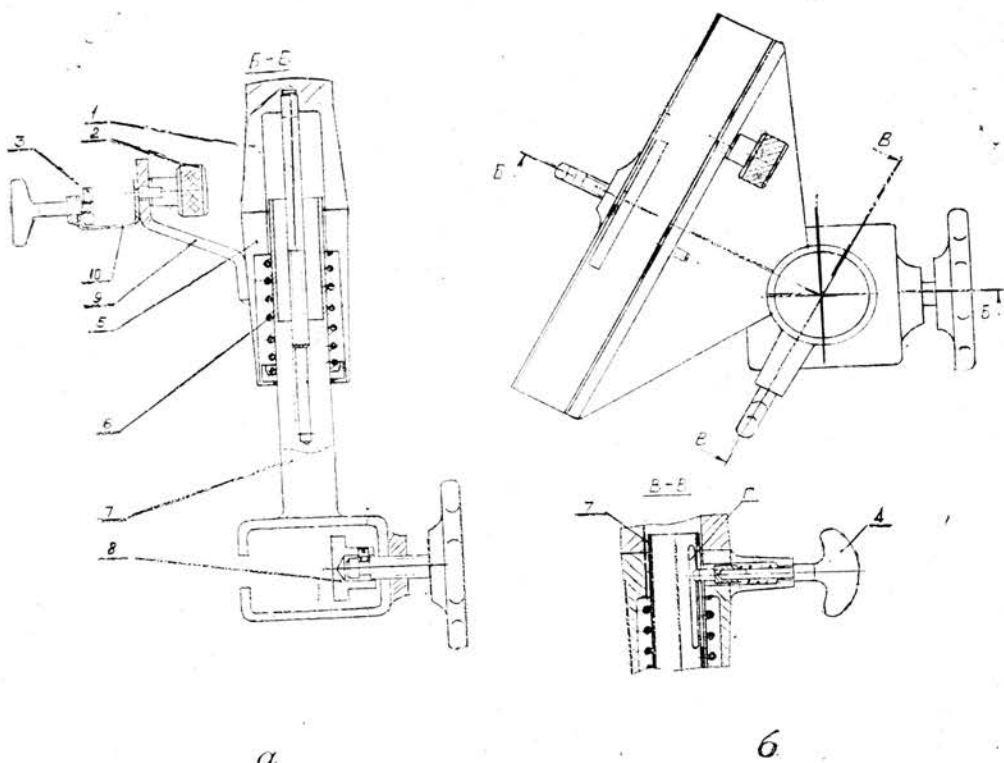


Рис. 2. Схема устройства кассетодержателя (объяснения в тексте).

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 613.6 (092 Камчатнов)

ПРОФЕССОР ВЛАДИМИР ПАВЛОВИЧ КАМЧАТНОВ

19 июля 1980 года исполнилось 60 лет со дня рождения заведующего кафедрой гигиены труда Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, видного ученого-гигиениста, педагога, заслуженного деятеля науки ТАССР, доктора медицинских наук профессора Владимира Павловича Камчатнова.



С 1939 по 1945 г. он находился в рядах Советской Армии. Участвовал в Великой Отечественной войне: на Юго-Западном, Западном, Карельском, 4-м Украинском фронтах. Был трижды ранен. За боевые заслуги награжден Орденом Отечественной войны I степени, медалями «За оборону Советского Заполярья», «За оборону Киева» и другими.

После демобилизации из рядов Советской Армии поступил на санитарно-гигиенический факультет Казанского медицинского института, который окончил с отличием. Затем в 1950 г. учился в аспирантуре при кафедре общей гигиены под руководством заслуженного деятеля науки ТАССР и РСФСР проф. В. В. Милославского. В 1953 г. Владимир

Павлович успешно защитил диссертацию на степень кандидата медицинских наук на тему «Сравнительная характеристика содержания марганца в пищевых продуктах в эндемических и неэндемических районах по зубу» и стал работать ассистентом кафедры гигиены труда. С 1954 по 1955 г. В. П. Камчатнов выполнял обязанности советника заведующего кафедрой гигиены труда Пекинского медицинского института. С 1957 г. Владимир Павлович заведовал кафедрой гигиены труда в Казанском медицинском институте. В 1959 г. ему присвоено звание доцента.

В период временного прекращения деятельности санитарно-гигиенического факультета он работает доцентом кафедры общей гигиены и возглавляет отдел гигиены и профпатологии центральной научно-исследовательской лаборатории института, а с

1964 г. вновь избирается заведующим кафедрой гигиены труда, которую возглавляет по настоящее время.

В 1964 г. он успешно защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук на тему «Вопросы гигиены труда в производстве кинофотоплёнки».

В. П. Камчатновым и сотрудниками Н. Х. Амировым, Г. А. Калпиной, Ш. Я. Абдюшевым впервые многопланово решены вопросы гигиены труда в кинофотопромышленности, где трудовая деятельность рабочих проходит в условиях темноты, а также цветного освещения малых интенсивностей. Ими дана санитарно-гигиеническая характеристика ранее не изучавшихся внешних факторов производственной среды, исследовано состояние высшей нервной деятельности, вегетативной нервной системы, окислительно-восстановительных процессов, медиаторов у работников этой отрасли промышленности. Все это дало возможность прийти к научно обоснованным выводам и рекомендациям санитарно-гигиенического, организационного и лечебно-профилактического характера. Серия этих работ выдвинула ряд вопросов общепатологического характера по выявлению сущности стойкой адаптации и условий дезадаптации под влиянием измененных условий освещенности. Итоги работы послужили обоснованием введения в СССР 6-часового рабочего дня и льготных пенсий для работающих в условиях темноты и неактивного освещения. По этой проблеме опубликовано в центральной печати, сборниках и научных трудах более 50 работ.

Перу В. П. Камчатнова принадлежат более 90 научных исследований, им написаны монографии «В. В. Милославский» (1969) и «Гигиена труда в химизации сельского хозяйства» (1971). Под его руководством подготовлено 25 кандидатских диссертаций.

В. П. Камчатнов принимает активное участие в общественной жизни института, города, республики. Он избирался депутатом районного Совета депутатов трудящихся, является председателем Татарского отделения Всероссийского общества гигиенистов и санитарных врачей (с 1969 г.), членом редакционного совета «Казанского медицинского журнала», членом Ученого совета Института охраны труда ВЦСПС г. Казани, членом аттестационной комиссии при Министерстве здравоохранения ТАССР.

Поздравляем Владимира Павловича со славным юбилеем. Желаем ему крепкого здоровья и многих лет плодотворной работы.

Группа товарищей и учеников.

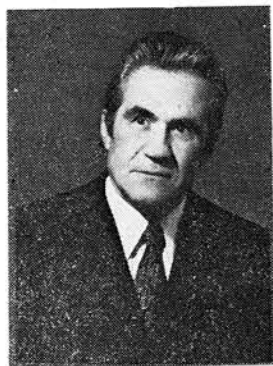
УДК 616—085 (092 Фархутдинов)

ПРОФЕССОР РАВИЛЬ ГИЛЬМУТДИНОВИЧ ФАРХУТДИНОВ

В ноябре 1980 г. исполняется 60 лет со дня рождения и 36 лет лечебной, научной, педагогической и общественной деятельности профессора Фархутдинова Равиля Гильмутдиновича, заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней Башкирского медицинского института.

Р. Г. Фархутдинов родился в семье крестьянина. После окончания в 1944 г. Башкирского медицинского института он в течение 10 лет работал врачом в центральной клинической больнице г. Уфы, где приобрел большой практический опыт. Одновременно он проявлял глубокий интерес и к научно-исследовательской работе. В течение ряда лет Равиль Гильмутдинович изучал влияние ванн Янган-Тау на секреторную и эвакуационную функции желудка и в 1953 г. успешно защитил на эту тему кандидатскую диссертацию. В последующие годы Р. Г. Фархутдинов работал главным терапевтом г. Уфы, ассистентом кафедры госпитальной терапии, с 1968 г. — доцентом, с 1970 г. — заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней Башкирского медицинского института. В 1969 г. он успешно защитил докторскую диссертацию «Лечение больных гломерулонефритами на курорте Янган-Тау».

Р. Г. Фархутдинов является автором более 90 научных трудов по курортологии, нефрологии, кардиологии и другим актуальным разделам внутренней медицины. В клинике, руководимой проф. Р. Г. Фархутдиновым, интенсивно разрабатываются важные научные проблемы, охватывающие вопросы эпидемиологии, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на промышленных предприятиях БАССР, состояния здоровья и заболеваемости населения городов с развитой нефтехимической промышленностью, санаторно-курортного лечения, широко внедряются новые методы исследования. Ряд исследований имеет клинко-экспериментальное направление. Из них по новизне применяемых методик нельзя не отметить комплексные работы с сотрудниками ЦНИИ института по изучению свертываемости крови и мочи в норме и патологии. Под руководством Р. Г. Фархутдинова



защищены 5 кандидатских диссертаций и 5 работ подготовлены к защите по различным вопросам кардиологии и курортологии.

Р. Г. Фархутдинов — опытный педагог, его лекции отражают не только современные достижения советской терапевтической школы, но и собственный богатый клинический опыт. Ценный вклад вносит он и в учебно-методическую работу института, являясь председателем цикловой методической комиссии терапевтических дисциплин и членом центрального методического совета Башкирского медицинского института. С сообщениями по оптимизации учебного процесса он неоднократно выступал на республиканских учебно-методических конференциях.

Р. Г. Фархутдинов проводит большую лечебно-консультативную работу. Бессменно, в течение многих лет, он возглавляет Башкирское научное общество терапевтов, уделяет постоянное внимание подготовке высококвалифицированных кадров, внедрению новых методов диагностики и лечения в практику медицинских учреждений, развитию специализированной терапевтической службы в БАССР, организации республиканских конференций терапевтов, выпуску сборников научных трудов.

Наряду с многогранной клинической, научной и педагогической деятельностью проф. Р. Г. Фархутдинов проводит большую общественную работу. Он является председателем специализированного совета по защите кандидатских диссертаций по внутренним болезням, председателем научно-курортной комиссии при Башкирском областном совете по управлению курортами, председателем медицинского совета при МЗ БАССР, членом правления Всесоюзного общества нефрологов и Всероссийского общества терапевтов, членом редакционного совета «Казанского медицинского журнала». Плодотворная работа Р. Г. Фархутдинова отмечена правительственными наградами и благодарностями.

Равилу Гильмутдиновичу присущи широта научного мышления и высокое педагогическое мастерство, чуткость врача и доброжелательность к людям. Р. Г. Фархутдинов встречает свое 60-летие в полном расцвете творческих сил. Медицинская общечеловечность Башкирской АССР, коллеги и друзья сердечно поздравляют Равиля Гильмутдиновича с юбилеем и желают доброго здоровья, дальнейших творческих успехов!

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

А. А. Русанов. Аппендицит. Л., Медицина, 1979 г., тираж 20 000 экз., 172 стр.

Литература, посвященная аппендициту, многочисленна, но несмотря на это каждая новая публикация, особенно фундаментальная, имеет большое практическое значение, так как чрезвычайная распространенность заболевания даже при относительно невысокой летальности (0,1—0,01%) в итоге приводит к потерям тысяч жизней. Вышедшая из печати монография А. А. Русанова «Аппендицит» основана на богатейшем опыте автора.

В главе «Этиология и патогенез» изложены в основном ведущие теории этиологии и патогенеза острого аппендицита. Указывая на полиэтиологичность заболевания, автор вместе с тем неоправданно оставил без внимания аллергическую теорию.

В разделе «Патологическая анатомия» автор подробно анализирует основные классификации патологоанатомической картины острого аппендицита. Разбирая вопрос формирования забрюшинных абсцессов (стр. 32), автор упустил из виду фазу развития забрюшинной флегмоны как предстadium абсцедирования. Развитию забрюшинных флегмон и абсцессов уделено неоправданно мало внимания. Это грозное осложнение вообще редко освещается с достаточной полнотой, вследствие чего недостаточная информированность хирургов нередко служит причиной запоздалых операций. Касаясь патогенеза поддиафрагмальных абсцессов, А. А. Русанов сообщает лишь об одной, притом наиболее редкой, забрюшинной форме этого осложнения (14,4% — Д. П. Чухриенко, 1977), в то время как в клинической действительности более часто встречаются интраперитонеальные абсцессы, возникающие в результате миграции инфекции по брюшной полости.

Глава «Симптоматология» содержит подробное описание наиболее часто учитываемых и достоверных признаков острого аппендицита на различных стадиях его развития, у лиц различных возрастов и при разных вариантах расположения аппендикса.

В главе «Течение» подробно и в логической последовательности анализируются наиболее часто встречающиеся разновидности клинического течения острого аппендицита. Ярко, с использованием клинических примеров изложено развитие, течение и исходы аппендикулярных инфильтратов и абсцессов различной локализации. Богатый клинический опыт автора позволил ему рекомендовать ценные приемы диагностики редких локализаций абсцессов и флегмон. Вместе с тем автор, описывая особенности течения острого аппендицита, обошел молчанием наблюдающуюся у беременных иммунодепрессию, которая нередко играет решающую роль в судьбе больной и требует специальных лечебных мер.

Глава «Дифференциальный диагноз» содержит многие полезные положения дифференциально-диагностического плана. Однако имеются и некоторые упущения. Так, отсутствуют рекомендации по дифференциальной диагностике острого аппендицита, осложненного перитонитом, и таких трудно отличимых от него патологических состояний, как паретическая непроходимость кишечника неаппендикулярного генеза и острый панкреатит. Касаясь отличительных признаков острого аппендицита и прободной язвы, автор наряду с прочими симптомами считает сухость языка, тахикардию и повышение температуры характерными для аппендицита и нетипичными для прободной язвы. С подобным утверждением нельзя согласиться, так как развитие этих признаков тесно связано с выраженностью перитонита, который при прободной язве начинается тотчас за перфорацией, а при остром аппендиците, как правило, лишь спустя много часов после начала заболевания.

Напоминание о неотложности оперативного вмешательства (глава «Обоснование оперативного лечения») отнюдь не кажется излишним, так как неоправданно длительное выжидание для «уточнения» в сомнительных случаях диагноза острого аппендицита чревато тяжелейшими последствиями. Поэтому молодым хирургам надлежит помнить, что если диагноз острого аппендицита не снят, то больного следует оперировать в неотложном порядке.

Глава «Проведение операции» насыщена рекомендациями по методике выполнения различных этапов вмешательства. Многие из них хорошо известны, однако четкая логическая последовательность изложения материала делает его не только легко усваиваемым и запоминающимся, но и полезным. Автор справедливо замечает, что в настоящее время большинство аппендэктомий с успехом выполняются под местным обезболиванием, а наркоз используют лишь в осложненных случаях. Подробно описывается методика проводниковой анестезии по Хаккенбруку, но в то же время даже не упоминается широко применяющаяся в нашей стране местная анестезия по А. В. Вишневскому. Справедливо критикуются параректальный и трансректальный доступы при аппендэктомии как более травматичные и не дающие достаточного обзора. При обсуждении вопроса операционной тактики автор не до конца последователен. Сначала совершенно справедливо читатель предупреждается о серьезных опасностях аппендэктомии в условиях аппендикулярного инфильтрата (стр. 129), но далее автор рекомендует чрезвычайно опасное завершение операции выделением отростка «из сращений несмотря на их прочность», особенно в случаях, «когда процесс прогрессирует». Хорошо известно, что кратковременным наблюдением за больным с инфильтратом установить прогрессирование процесса очень трудно даже опытному хирургу. Как показал многолетний опыт хирургии, стремление во что бы то ни стало удалить отросток из инфильтрата очень часто приводит к повреждениям кишечника, прогрессированию перитонита, кишечным свищам. Кстати, об этом же пишет и сам автор. Может быть, более целесообразно прозвучала бы общепризнанная установка, что при аппендикулярном инфильтрате операция противопоказана, а при обнаружении плотного, трудно разделимого инфильтрата во время вмешательства производить аппендэктомию с целью опасных разрушений не следует и операцию нужно завершить дренированием брюшной полости, отложив удаление отростка на 2—3 месяца. Лишь формирование периаппендикулярного абсцесса может заставить хирурга заменить консервативную тактику на активную.

Разбирая вопрос о дренировании брюшной полости, автор рекомендует «всегда закрывать брюшную полость наглухо, даже при тяжелых формах перфоративного аппендицита» (стр. 130). В последние десятилетия наметилась явная тенденция к снижению эффективности антибиотикотерапии при нагноительных процессах в связи с ослаблением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Кроме того, широкое распространение получила сенсбилизация населения и связанное с этим изменение реактивности организма. Все это значительно снизило защитные возможности организма против микрофлоры. Поэтому вопрос о глухом шве в условиях перитонита пересматривается, и многие авторы (И. И. Матяшин, А. В. Криленко, Л. В. Авдей и др.) считают целесообразным более широкое применение дренирования брюшной полости. К тому же сам автор на стр. 144 высказывает серьезные сомнения в эффективности антибиотикотерапии при перитоните. Мы убеждены в необходимости эффективной интра- и постоперационной хирургической санации брюшной полости — широкой лапаротомии и дренировании отложившихся отделов живота в тех случаях, когда имеется обширное инфицирование брюшной полости. Вопрос о выборе дренирующих средств дискутируется давно, но до сих пор не нашел окончательного разрешения. Предлагаемая автором толстая трубка не может выполнять роль активного дренажа в силу отсутствия у нее капиллярности.

Подавляющее число летальных исходов при аппендиците обусловлено разлитым перитонитом. Именно этому вопросу в монографии уделяется внимание в следующей главе. То, что инфицированный экссудат является источником перитонита, не вызывает сомнения, и без исчерпывающего его удаления не может быть уверенности в успешном разрешении перитонита. Рекомендация автора осушать брюшную полость через доступ Мак-Бурнея (стр. 141) при помощи специальных аспираторов представляется проблематичной. Даже широкая лапаротомия не всегда позволяет произвести тотальную санацию брюшины, а попытка выполнить ее через малый доступ таит в себе реальную угрозу оставления гнойных скоплений. Поэтому наиболее признано

положение о необходимости широкой лапаротомии при разлитом перитоните и завершении операции дренированием отложившихся участков живота (В. Д. Федоров, И. Л. Ротков, К. Ф. Скрипниченко, И. М. Матяшин и др.).

В разделе «Послеоперационные осложнения» изложены клинико-диагностические приемы, позволяющие выявить основные послеоперационные осложнения, и предложены конкретные меры по их ликвидации.

В целом работа представляет ценность для практических врачей, содержит много полезных сведений, рекомендаций диагностического и лечебно-тактического плана. Молодые врачи получили для своей работы хорошее руководство.

Проф. И. А. Салихов, доц. В. В. Федоров (Казань)

А. М. Хакимова, А. Н. Юнусова. Эндемический зоб и его профилактика. Казань, Татарское книжное издательство, 1979 г., тираж 13 000 экз., 81 стр.

Профилактика эндемического зоба представляет большую гигиеническую проблему. Не случайно авторами книги являются гигиенисты. Однако, обобщая 20-летний опыт изучения эндемического зоба, авторы книги не ограничиваются гигиеническими его аспектами, но и уделяют большое внимание заболеваемости и особенностям клинико-патогенетической картины болезни.

На основании изучения заболеваемости эндемическим зобом и оценки степени его тяжести выведен специальный индекс, что чрезвычайно важно в настоящее время, когда клиническая картина на фоне проводимых мероприятий изменяется. В частности, авторы констатировали остающееся у детей увеличение щитовидной железы I—II степени, которое отмечают и другие исследователи. Как справедливо указано в книге, это заставляет искать другие пути профилактики и лечения. Найденные у детей с эндемическим увеличением щитовидной железы I—II степени нарушения в обмене веществ (уменьшение ретенции фосфора, кальция, азота) — еще одно доказательство патологического значения гиперплазии щитовидной железы.

Следует отметить, что в своих исследованиях авторы в числе немногих ученых страны наряду с другими показателями изучали экскрецию йода с мочой. Трудоемкие и кропотливые исследования позволили установить, что в ТАССР имеется относительная йодная недостаточность, связанная с дисбалансом других микроэлементов, недостатком витаминов С, В₁, В₂ и А.

Многосторонние исследования авторов позволили им рекомендовать новые пути профилактики эндемического зоба. Это, прежде всего, комплексное применение набора микроэлементов (вместо одного йода) и правильно сбалансированное питание. Особенно важно, что рекомендации разработаны дифференцированно для различных территорий республики. Проведенные исследования являются доказательством необходимости пересмотра системы профилактики эндемического зоба в стране. Если на территории одной сравнительно небольшой республики потребовалась научно обоснованная вариация противозобных мер, то можно ли считать правильной стандартную добавку йодистого калия (25 мг на 1 кг поваренной соли) для зобно-эндемичных регионов огромной страны? Совершенно очевидно, что каждый зобно-эндемичный район должен получить разработанные для него меры профилактики эндемического зоба с учетом степени распространения зоба, характера обменных нарушений.

Таким образом, проведенные авторами исследования имеют не только региональное значение. Они принципиально важны для создания новых направлений в борьбе с таким массовым заболеванием, каким и на сегодняшний день является эндемический зоб. Весьма ценными являются представленные в книге таблицы с указанием содержания в пищевых продуктах микроэлементов и особенно йода.

Татарское книжное издательство выпустило в свет ценную книгу, которая, несомненно, будет способствовать правильному пониманию проблемы ликвидации эндемического зоба не только в ТАССР, но и далеко за ее пределами.

Канд. мед. наук И. Д. Левит (Челябинск)

К. В. Лебедев, И. Н. Волкова, Л. Н. Зефилов. Из истории Казанской физиологической школы. Изд-во Казанского университета, 1978, 246 стр. Тираж 1000 экз.

Рецензируемая книга освещает возникновение и развитие одной из старейших физиологических школ страны и охватывает период от основания университета в Казани до наших дней. 175-летию Казанского университета и посвятили авторы свой труд. Книга состоит из предисловия и 8 глав.

В первой главе прослежена история преподавания физиологии с самого начала основания университета. Читатель знакомится не только с деятельностью И. П. Каменского и И. Брауна, но и со всей обстановкой того времени, с такими одиозными фигурами, как Лентовский, Берви, с мрачным периодом мракобеса Магницкого. Тема второй главы — возникновение экспериментальной физиологии, борьба передовой части профессуры и студенчества с умозрительным подходом натурфилософов, роль Ф. В. Овсянникова и А. Я. Данилевского. В третьей главе описывается фактическое

становление школы, связанное с многогранной деятельностью Н. О. Ковалевского. Отмечено, что именно Н. О. Ковалевский заложил традиции казанской физиологической школы и открыл при университете первый физиологический институт в нашей стране. К сожалению, авторы упустили роль Ковалевского, как популяризатора естественно-научных взглядов в регулярно читавшихся им популярных лекциях.

Четвертая глава посвящена длительному и исключительно плодотворному периоду работы физиологической лаборатории медфака под руководством Н. А. Миславского. Описан жизненный путь и научные достижения профессора и его многочисленных учеников. Продолжая традиции Ковалевского, Н. А. Миславский выполнил уникальные исследования механизма регуляции дыхания и точной локализации дыхательного центра. В лаборатории изучалась периферическая иннервация разнообразных органов и систем, была открыта нервная регуляция желез внутренней секреции, разрабатывались многие другие вопросы регуляции. Многие видные физиологи и клиницисты начали свой творческий путь в лаборатории Н. А. Миславского.

Специальная глава «Колыбель отечественной электрофизиологии» освещает роль А. Ф. Самойлова, сделавшего выдающийся вклад и развитие электрокардиографии и открывшего химические механизмы передачи возбуждения с двигательного нерва на скелетную мышцу, а также в синапсах центральной нервной системы. Шестая глава приближает читателя к настоящему времени. Она озаглавлена «Химические посредники нервной системы». Подробно излагается вклад казанской школы в разработку одной из крупнейших проблем современной физиологии — учения о медиаторах нервной системы (работы А. Ф. Самойлова, А. В. Кибякова и их учеников).

Седьмая глава «Исследования по физиологии нервов и мышц» посвящена научным направлениям кафедры физиологии университета под руководством профессоров Д. С. Воронцова, Н. П. Резвякова, И. Г. Валидова. Эти исследования вылились в открытие целого ряда кардинальных фактов и позволили говорить о казанской школе в области нервно-мышечной физиологии. Далее излагаются материалы о некоторых других направлениях, развивавшихся и продолжающих разрабатываться в Казани. Представлены материалы об открытии В. М. Бехтеревым одной из первых в России психофизиологических лабораторий, о школе зоофизиологов, исследованиях по физиологии труда, регуляции деятельности сердца.

Даже краткая характеристика книги показывает, что она дает широкую картину истории и достижений казанской физиологической школы. В книге использованы сведения из печатных источников, а также очень интересные данные впервые публикуемых архивных материалов. Читается книга легко и с интересом. К сожалению, не указано, кому из авторов принадлежат те или иные главы. Вызывает также сожаление малый тираж книги.

Проф. Л. М. Рахлин (Казань)

ДИСКУССИЯ

К ПОНИМАНИЮ СПЕЦИФИКИ ПРЕДМЕТА МЕДИЦИНЫ

(По поводу книги В. Д. Жирнова «Проблема предмета медицины», М., Медицина, 1978)

Доц. Н. И. Вылегжанин
(Казань)

Среди трудов по философским проблемам медицины, опубликованным за последнее время, эта книга привлекает внимание попыткой рассмотреть «специфику предмета медицины как самостоятельной отрасли естествознания». Уточняя задачу, автор отмечает, что «в частности, человек может быть предметом многих наук (биологии, психологии, медицины и др.), ибо каждая из них находит специальные закономерности, присущие данному объекту» (с. 41). Как пишет известный советский психолог проф. Б. Г. Ананьев, «произошло выдвижение человека в качестве общей проблемы науки», причем «все более фундаментальное положение занимает медицина в человекознании [1].

Конечно, критический разбор книги требует участия различных специалистов — философов, биологов, но правомерно будет внимание и медика к этому труду, поскольку в нем ставится задача определить специфическую сторону подхода медицины, и прежде всего в ее клинической части, к человеку как своему объекту действия. Именно эта цель и выражена корректно философски в названии книги.

В поисках определения «специфичности предмета» медицины автор обращается к истории ее развития. Он анализирует теоретико-познавательные предпосылки «вычленения» предмета медицины на различных этапах — от древнейших времен возникновения медицинских знаний до наших дней, когда четко поставлена задача формирования теории медицины. Еще Гиппократ рассматривал болезнь как одну из сторон жизнедеятельности человека, в которой «здоровье переходит в болезнь, а болезнь

в здоровье» (с. 9), а предметно сфера интересов врача охватывала «процессы становления и течения болезней» (с. 15). Эти положения античной медицины оказались верными на века. Они сохранились и развиты в современной медицине, хотя и прошли через горнило жестоких испытаний в процессе многовекового накопления обширного стихийно эмпирического знания и становления научных оснований медицины. Кратко эта историческая сторона проблемы рассмотрена в первой главе.

Автор не проходит мимо традиционного спора, что же такое медицина — искусство или наука? Очень верно описана «нерасчлененность науки и искусства» в медицине древности: тогда наука была искусством и, наоборот, искусство — наукой. Такое положение сохранялось до эпохи Возрождения. К этому времени относятся становление и бурное развитие механики, астрономии, космогонии и других физических знаний, а медицина продолжала оставаться на уровне эмпирического знания.

Правда, к началу XVII в. относится открытие кровообращения В. Гарвеем, что, по словам К. М. Быкова, было началом «новой эпохи не только в физиологии и естествознании вообще, но и в медицине» [4, с. 99]. Уже тогда эксперименты, проведенные, кстати, в значительной части на человеке с соблюдением гиппократовского правила «не повреди», придали медицине опытную основу и породили ее с естествознанием. Автор проходит мимо этого знаменательного события для медицины как научного знания. Однако он прав, утверждая, что «альтернатива науки и искусства (в медицине) является приобретением Нового времени, и медицина предстает в этих альтернативных терминах на фоне «большой науки» и в связи с развитием классического естествознания» (с. 21).

В естествознании эта альтернатива давно изжита, но, пишет автор, она оказалась «локализованной в рамках медицины в приобрела характер внутримедицинской антиномии, т. е. неразрешимого противоречия» (с. 25). Несколько парадоксально, но факт — в таком положении в значительной мере повинны сами врачи и особенно ученые-медики нашего времени. Автор последовательно, исторически рассматривает и сопоставляет взгляды медиков по этому вопросу начиная со второй половины прошлого века и до нашего времени. В результате он приходит к выводу, что «данная привычка приобрела в настоящее время характер не второй, а первой и единственной натуры в медицине, в которой неоправданно мирно уживаются определения науки и искусства» (с. 27). И далее: «это противоречие остается неразрешимым и до сих пор или ему дается видимость решения в разговорах о тесном переплетении в медицине черт науки и искусства, элементов теории и практического опыта, данных объективного исследования и интуиции» (с. 25).

Сам автор ищет разрешения указанного противоречия на путях установления признаков научного знания в медицине, что совершенно правильно. Нельзя не заметить, однако, что в перечислении различных черт науки и искусства в медицине упоминается интуиция, являющаяся уже качеством личности врача. Автор обходит вниманием этот важный вопрос, который многократно обсуждался в медицинской литературе. Сошлусь хотя бы на статьи известных казанских ученых — хирурга В. Л. Боголюбова и терапевта Р. А. Лурья: они подробно рассмотрели эту проблему, связывая искусство в медицине со свойствами врача как личности [3, 10].

В настоящее время у каждого врача есть полная возможность овладеть всем богатством практического и научного медицинского знания. В. Д. Жиринов прав, указывая, что медицина не представляет какого-либо исключения среди других наук в сочетании эмпирической и научной стороны в своем развитии. Однако имеется важное различие: научная медицина нашего времени является плодом, созревшим в основном за последние два столетия, а эмпирическая стихийно накапливала опыт более чем две тысячи лет. Искусство в медицине неразрывно связано с той и другой стороной, и от личности врача, от его общей одаренности и специальных способностей зависит мера, глубина и качество приобретенных знаний, умение их применить в работе. Здесь и выступает на сцену интуиция: она «как непосредственное знание» является обязательной и закономерной частью познавательного процесса, она «представляет собой в высшей степени индивидуализированное явление» [5, с. 77]). За ней стоят накопленный опыт, приобретенные знания, а «результаты... со временем логически доказываются, проверяются практикой» [4, с. 153].

Какие же признаки научного знания, характерные для медицины, выделяет автор? Дать научно обоснованный ответ на этот вопрос означает также отвергнуть бытующее до сих пор по традиции представление, что медицина не самостоятельное, а прикладное знание. Сам автор имеет четкую позицию, выдержанную на протяжении всей книги: «медицина очень специфичная отрасль естественно-исторического знания... наука об одной из сторон социальной формы движения материи» (с. 209). Свое мнение автор основывает на принципиальном положении современного науковедения: для настоящей науки характерно единство предмета, метода и теории. Эта методологическая предпосылка подробно анализируется, в частности рассматриваются различные аспекты изучения больного человека как объекта исследования, исторически выдвигавшиеся и существующие в настоящее время: давно отвергнутые ятрофизика, ятрохимия и распространенная сейчас ятробиология. В наше время И. В. Давыдовский утверждал методологическую общность биологии и медицины [7], он довел до логического завершения систему медицинского знания как прикладной

биологии. Эти взгляды автор справедливо рассматривает как отождествление медицины с биологией, отвергает их и пишет: «для клинической медицины проблемы выбора объекта исследования нет, а следовательно, тем более важен выбор и обоснование аспекта его изучения» (с. 37). Таким аспектом автор считает «законы человеческого общежития», как полагали советские медики еще в 30-х годах (там же). Другими словами, медицину как науку следует классифицировать как социальное знание — эта мысль проходит через всю книгу. Интересно, что то же утверждал еще Р. Вирхов [5].

Вместе с тем автор при обсуждении методических основ медицины как науки явно недоучитывает специфический характер методов, и прежде всего используемых в клинической медицине, которую автор не без права называет «сердцем медицины» (с. 23). Он пишет, что в медицине «нет столь осязательного в своей вещественно-инструментальной определенности метода исследования, который мог бы однозначно и безоговорочно рассматриваться как специфически медицинский... Медицине привычно не только заимствовать идеи других наук, но и ограничиваться этим заимствованием» (с. 31). Больше того, автор утверждает, что «...медицина широко применяет методы исследования физики, неорганической и органической химии, причем они используются при диагностике заболеваний, можно сказать, в чистом виде» (с. 35).

С такими утверждениями трудно согласиться, они принижают медицину и лишают ее специфической методической суверенности. «Заимствование» идей и методов между науками является обычным делом, но это не механический процесс, а всегда открытие и творческая ассимиляция. В самом деле, врач по образованию, военный хирург по профессии, немецкий физик Г. Гельмгольц изучил оптику глаза, изобрел глазное зеркало-офтальмоскоп и стал основателем медицинской оптики [6]. К настоящему времени медицина уже создала свои медицинские физику, химию, генетику и целый ряд наук, специфически адекватных изучению «такого объекта, как человек, в котором сходятся все известные науке формы движения материи» (с. 35). Голландский физиолог В. Энтховен и советский ученый, казанский профессор А. Ф. Самойлов являются отцами электрокардиографии, но разве она — результат простого переноса электрофизиологии в клиническую медицину? Это было крупное открытие двух талантливых ученых.

Никогда медицина как истинная наука механически не заимствовала идеи других наук. Противоположного мнения придерживаются лишь некоторые медики, рассматривающие ее как прикладную биологию. И. И. Мечников, этот заблудившийся в медицине зоолог, как он себя называл, разработал сравнительную патологию воспаления. Таким образом было открыто значение исторического, т. е. эволюционного учения Ч. Дарвина для понимания патологии. Медицина по-своему восприняла и впитала это великое учение.

История медицины — это история великих и малых открытий в результате десятилетий огромного труда многих, их творческой интуиции, граничащей с художественной. Так родилась научная медицина, создавая свои подлинно медицинские экспериментальные разделы.

Еще более неоправданно звучат приведенные утверждения автора в отношении клинической медицины. Ее основными принципиальными методами исследования являются субъективный анамнез, осмотр больного, аускультация, пальпация и другие глубоко специфические по своему соответствию целям и задачам изучения больного приемы. Хотя аускультацию и пальпацию называют физическими, но это не просто физика, а очень удачно и тонко трансформированные способы клинического изучения живого организма. А субъективный анамнез — это трудная психологическая задача, которую приходится решать врачу при первой встрече с больным. Здесь и обнаруживаются качества личности врача. В деятельности такого клинициста прошлого, как Г. И. Захарьин, этот метод был краеугольным камнем его несомненного медицинской талантливости. Отрицая методическую специфичность медицины, автор допускает ошибку в анализе предмета, метода и теории как признаков ее научности.

Нельзя согласиться также с его ответом на основной вопрос книги — что же является «предметно-осязательной абстракцией», которую медицина выделяет как специфическую сторону своего обращения к здоровью и болезни человека? Ответ гласит: «исходным же положением теоретического осмысления предмета медицины может и должен стать труд, что соответствует и клиническим представлениям и принципам марксистской философии, утверждающей социальную сущность человека» (с. 212).

С точки зрения марксистской философии это совершенно правильно. Что же касается клинической медицины, то она никогда не занималась и не занимается непосредственно трудом человека, а всегда имеет дело с трудоспособностью. А это не одно и то же, что и подтверждается выдачей «листка нетрудоспособности», а не документа о дисквалификации больного. Об этом же свидетельствует существование такого характерного для клинической медицины раздела, как врачебно-трудовая экспертиза: путем определения степени утраты трудоспособности устанавливается группа инвалидности. Между прочим, качество трудоспособности человека включено

как элемент в определении понятия медицины в 3-м издании БСЭ, т. 15, с. 562 — автор упоминает об этом (с. 27). Труд изучается специальными науками, такими, как эргономика, физиология, гигиена, психология труда и т. п.

Трудоспособность является одной из составных частей жизнедеятельности человека. Жизнедеятельность — это прежде всего онтогенез — строго видовое, целенаправленное, векторное развитие организма. Через него повторяется биогенетический путь развития, воспроизводится в эмбриогенезе прабиологическая история эволюции организма человека. Это приводит к возникновению телесной морфофизиологической организации, центральной осью которой является нервная система — формируется головной мозг как специальный орган человеческой психики.

Второй стороной жизнедеятельности является социальное наследование [8], в результате которого родившийся человеческий индивидуум преобразуется в личность, — это общественная история развития человека, занимающая ведущую роль в биосоциальном сплаве организма. Для нее характерно возникновение качественно своеобразной сенсорной системы человека, которая, «сложившись в ходе жизни и деятельности, становится одним из факторов его жизнеспособности и жизнестойкости» [1а, с. 113].

Здоровье и болезнь являются формами жизнедеятельности каждого человека, с ними имеет дело медицина. Если добавить еще, что для клинической медицины типично и специфично обращение к этим сторонам жизнедеятельности как глубоко субъективным явлениям, то с полным правом можно считать «предметно-осязательной абстракцией» медицины **индивидуально-личностную форму жизнедеятельности человека**. Верно утверждал И. В. Давыдовский, что «практически единственной реальностью в медицине... является индивидуальный больной» [7]. Это соответствует старому постулату — лечить больного, а не болезнь [12] ¹.

Индивидуально-личностная форма жизнедеятельности эмпирически проявляется как общее самочувствие человека, а это — его субъективный мир, первая реальность, с которой мы встречаемся, как писал И. П. Павлов. Общее самочувствие — это субъективное ощущение общего благосостояния (И. М. Сеченов), оно является основой здоровой жизнедеятельности и трудоспособности человека как личности, это его психоэмоция здоровья. П. К. Анохин утверждает, что эмоция есть «рождение субъективного на основе процессов, происходящих в мозгу и организме». В болезни это ощущение страдает, что в той или иной степени является результатом соматопсихических нарушений жизнедеятельности и трудоспособности человека, это качественно новое субъективное состояние — психоэмоция больного, сознание болезни [9, с. 123].

Не случайно современная медицина придает психофизиологическим факторам жизнедеятельности, которые прежде всего связаны с общественной природой человека, огромное значение как в обусловливании здоровья, так и в происхождении болезней.

Содержание книги В. Д. Жирнова, естественно, далеко не исчерпывается теми отдельными положениями, которые критически рассмотрены в статье. В целом она состоит из трех обширных глав. В первой приводятся исторические и гносеологические предпосылки вычленения предмета медицины; во второй анализируется содержание эмпирически сложившихся понятий медицины, и среди них интересна постановка вопроса о нозологической определенности патологии; и, наконец, в третьей главе анализируются исходные основания теоретической медицины. Поднятые и этих разделах вопросы представляют общий интерес для патологов и клиницистов. Они могут служить исходным материалом для серьезных дискуссий. Поэтому книга В. Д. Жирнова заслуживает положительной оценки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьев Б. Г. а) Человек как предмет познания. Изд. Лнг. ун-та, 1968; б) Проблема современного человекознания. М., Наука, 1977. — 2. Анохин П. К. Предисловие к книге Гельгорн Э. и Луфтборроу Дж. «Эмоции и эмоциональные расстройства». Мир, М., 1966. — 3. Боголюбов В. Л. Казанский мед. ж., 1, 1928. — 4. Быков К. М. Послесловие к книге В. Гарвея. ГИЗ, М., 1927. — 5. Вирхов Р. Болезнь, жизнь и человек. 1892. — 6. Грановский В. и Старокадомская Я. Гельмгольц. Изд. «Моск. рабочий», 1930. — 7. Давыдовский И. В. Вопр. философии, 5, 1968. — 8. Дубинин Н. П. Там же, 1 и 2, 1971. — 9. Левин Л. Л., Краснушкин Е. К. В сб.: Психический фактор в клинике внутренних заболеваний. М., изд-во МЗ СССР, 1972. — 10. Лурья Р. А. Казанский мед. ж., 1, 1928. — 11. Мечников И. И. Лекции о сравнительной патологии воспаления. Медгиз, М., 1947. — 12. Мудров М. Я. Избр. произведения. Изд-во АМН СССР, М., 1949. — 13. Сеченов И. М. Физиол. очерки. Изд. 2-е, ГИЗ, М.-Л., 1923. — 14. Философский словарь. Изд-во Полит. литературы, изд. 3-е, М., 1975. — 15. Ирина В. Р., Новиков А. А. В мире научной интуиции. Наука, М., 1978.

Поступила 14 мая 1980 г.

¹ Прим. ред. Исходя из диалектики отдельного и общего, лечить следует больного, но при четком определении общего, то есть диагноза болезни.

ПРОФЕССОР ЮРИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ МАКАРОВ

22 июля 1980 г. ушел из жизни видный советский педиатр, ученый, педагог, выдающийся представитель казанской школы педиатров, член КПСС, профессор Юрий Васильевич Макаров.

Ю. В. Макаров родился 29 августа 1894 г. в Казани в семье служащего. В 1914 г. поступил на медицинский факультет Казанского университета. В 1919—1920 гг. служил зауряд-врачом 11-й дивизии 1-й конной Армии С. М. Буденного. В 1921 г. окончил медицинский факультет Казанского университета, работал врачом холерного, а затем сыпнотифозного госпиталей. В том же году начал работать в должности ординатора детской клиники Казанского ГИДУВа, а затем ассистента и доцента кафедры педиатрии под руководством заслуженного деятеля науки профессора Е. М. Лепского. В 1928 г. по совокупности научных трудов ему присудили степень кандидата медицинских наук. В 1935 г. он был избран на должность заведующего кафедрой детских болезней Архангельского медицинского института, где работал 11 лет, был заместителем директора по научной и учебной части института. В 1936 г. успешно защитил докторскую диссертацию, посвященную патологоанатомическим изменениям в почках при различных заболеваниях у детей. С 1943 г. являлся членом Совета лечебной и профилактической помощи детям при Наркомздраве СССР и РСФСР. С 1946 по 1968 г. заведовал кафедрой детских болезней Казанского медицинского института.



Юрий Васильевич Макаров был прекрасным клиницистом и диагностом. Свой богатый врачебный опыт он щедро передавал практическим врачам, своим ученикам, для которых его клинические обходы, консультации, разборы больных являлись хорошей школой. Юрий Васильевич отличался принципиальностью и высокой требовательностью к себе и к людям. Выработанные им принципы диагностики, лечения, диететики больного ребенка, любовного отношения к детям глубоко усвоены его учениками и последователями.

Ю. В. Макаров был талантливым педагогом, его клинические лекции отличались глубиной содержания, всегда сопровождалась демонстрациями больных детей, воспринимались слушателями с большим интересом. Много внимания он уделял методической работе на кафедре и в институте.

Научные труды Ю. В. Макарова были посвящены актуальным вопросам педиатрии, преимущественно изучению заболеваний детей раннего возраста, и всегда имели практическую направленность. Его перу принадлежат две монографии: «Острые желудочно-кишечные заболевания у детей» (1945) и «Профессор Ефим Моисеевич Лепский. Основатель педиатрического факультета» (Казань, 1973). Под руководством Ю. В. Макарова выполнено 10 кандидатских и 1 докторская диссертация.

Юрий Васильевич удачно сочетал талант врача-клинициста, педагога, ученого с большой организаторской активностью. Он был председателем общества детских врачей Татарии, членом редакционной коллегии «Казанского медицинского журнала».

Ю. В. Макаров оказал большую помощь практическому здравоохранению Запоярья и ТАССР. Его работа способствовала снижению заболеваемости, детской смертности, улучшению состояния здоровья детей.

Светлая память о профессоре Ю. В. Макарове навсегда сохранится в сердцах учеников и всех тех, кто знал его и работал с ним.

Сотрудники и ученики

ХРОНИКА

Указом Президиума Верховного Совета Татарской АССР за заслуги в области здравоохранения почетное звание заслуженного врача Татарской АССР присвоено Галимолу Измаилу Хабибулловичу — доценту кафедры рентгенологии; Камаловой Рафике Галиаскаровне — ассистенту кафедры педиатрии; Мовчан Ларисе Александровне — ассистенту кафедры функциональной диагностики; Табеевой Дине Мухамедовне — доценту, заведующей кафедрой рефлексотерапии Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

СОДЕРЖАНИЕ

Чикин С. Я. Новые рубежи советского здравоохранения	1
<i>Клиническая и теоретическая медицина</i>	
Салихов И. А., Красильников Д. М., Федоров В. В. Показания к хирургическому лечению при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	5
Богоявленский В. Ф., Гирфанов В. С., Салихов И. Г., Марголин Е. С., Мухаметзянов Ш. А., Нигматуллин А. С. Опыт применения гемосорбции в клинической практике	9
Шаймарданов Р. Ш., Коробков В. Н. Тактика наблюдения и лечения больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта	10
Ужва В. П. Трансиллюминационное исследование при ишемической патологии кишечника	13
Ульрих Э. В., Беленький Ю. С. Тактика хирурга при релапаротомии после наложения тонкокишечного анастомоза у детей	16
Толстой А. Д. О некоторых особенностях ферментативного панкреатогенного перитонита	19
Билич Г. Л., Богославская Э. С. Значение ферментов лейкоцитов и С-реактивного белка в диагностике аппендицита у детей	21
Дзамуков А. Д. Сбалансированная анестезия с использованием оксибутирата натрия в экстренной хирургии	24
Николаев Г. М., Войцехович В. Н., Суворов А. А. Закрытые травмы грудной клетки и особенности поражения легких	26
Файзуллин М. Х., Камалов И. И. Крупнокадровая флюорография в диспансерном наблюдении больных с последствиями травмы позвоночника и спинного мозга	28
Михайлов М. К., Эткеева А. И., Садыкова Л. З. Методика зонографии органов грудной полости у детей	30
Володина Г. И., Семенов В. М. Томография в диагностике деструктивного туберкулеза легких	32
Мустафин Д. Г. Обострения и рецидивы гнойно-деструктивной пневмонии	35
Гимранова А. З., Шакиров Р. И., Ворона В. Г. О диспансеризации детей, перенесших острую пневмонию	37
Хабибуллин И. Р. Выявление поверхностных язв желудка двуконтрастным рентгенологическим исследованием	39
Замалетдинов А. А., Мусин М. Ф. Усовершенствование методики транслумбальной аортографии	42
Сутюшев Б. Г. Иглоанальгезия при малых гинекологических операциях	45
Васильева З. Ф., Шабалин В. Н., Кошелева Н. Г., Карлова С. А., Бокариус Л. В., Садыков Б. Г., Бородин Ю. И. Применение антилимфоцитарного глобулина при реуэ-конфликтной беременности	47
<i>В помощь преподавателю и студенту</i>	
Кушнир И. М., Маюн Г. Г. Формы деонтологической и общеклинической подготовки врачей при обучении в интернатуре	49
<i>Обмен опытом и аннотации</i>	
Митюгов В. И. К казуистике инородных тел гортани	51
Харитонов Р. К., Фирсов П. Д., Старостин А. П., Комиссаров Ю. И. Три случая повреждений пищевода, закончившихся выздоровлением	52
Измайлов Г. А., Камалов Р. С. Спонтанный разрыв стенки желудка	53
Клюев И. И., Беликов В. С., Клюев В. И. Лечение спаечной кишечной непроходимости	53
Юшкин В. В. Повторная непроходимость тонкой кишки, вызванная трихобезоаром	54
Фионов В. М. Биоэлектрическая активность миокарда и гемодинамические сдвиги при хирургических операциях под перидуральной анестезией	55
Юлметьева Д. Г. О показаниях к применению димедрола и пипольфена для лечения больных, страдающих язвенной болезнью	55
Кафьятуллина З. Н., Закирова Р. А. Опыт работы по обслуживанию детей первого года жизни на педиатрическом участке	56
Шамсугудинов Д. Н. Отдаленные результаты лечения закрытых переломов костей у детей	57
Иртуганова О. А. Роль химиопрепаратов в образования устойчивых популяций микобактерий туберкулеза	58
Дьяконова И. Н., Филиппова В. П., Низамутдинов И. Ш., Ахмеров Р. У., Саховский П. И. Распространенность множественного склероза в ТАССР	59
Бекаревич Е. М. Поегментные составляющие шейного лордоза при дегенеративных поражениях позвоночника	59

Кухнина Т. М., Шамова Н. А. Электромнография тазовой диафрагмы у женщин в неврологической и гинекологической практике	60
Давыдова М. А., Тульчинская Н. А., Мухаметзянов Ш. А., Сюняков Т. Р. Гипермагниевая кома как осложнение магниальной терапии эклампсии беременных	60
Назаров В. Г. О фибринстабилизирующих свойствах тканей маточных труб при воспалении	62
Купов И. Я., Белова И. В. Отравление меновизином	62

Гигиена и санитария

Соболевский В. И. Гигиеническая оценка условий пребывания в сауне	63
---	----

История медицины

Хамидуллин А. Г., Билич И. Л. Развитие санаторно-курортной помощи населению	66
---	----

Рационализаторские предложения

Воропаев М. С. К методике рентгеновского обследования больного при остеосинтезе шейки бедра	69
---	----

Юбилейные даты

Профессор Владимир Павлович Камчатнов	70
Профессор Равиль Гильмутдинович Фархутдинов	71

Библиография и рецензии

Салихов И. А., Федоров В. В. На кн.: А. А. Русанов. Аппендицит	72
Левит И. Д. На кн.: А. М. Хакимова, А. Н. Юнусова. Эндемический зоб и его профилактика	74
Рахлин Л. М. На кн.: К. В. Лебедев, И. Н. Волкова, Л. Н. Зефирова. Из истории Казанской физиологической школы	74

Дискуссия

Вылегжанин Н. И. К пониманию специфики предмета медицины	75
--	----

Некролог

Профессор Юрий Васильевич Макаров	79
<i>Хроника</i>	79

CONTENTS

Chikin S. Ya. New stages of the Soviet Public Health	1
--	---

Clinical and theoretical medicine

Salikhov I. A., Krasilnikov D. M., Fedorov V. V. Indications for surgical treatment in gastric and duodenal ulcer disease	5
Bogoyavlensky V. F., Girfanov V. S., Salikhov I. G., Margolin E. S., Mukhametzyanov Sh. A., Nigmatullin A. S. Experience in the use of hemosorption in the clinical practice	9
Shaimardanov R. Sh., Korobkov V. N. Tactical approach to observation and treatment of patients with foreign bodies in the gastrointestinal tract	10
Uzhva V. P. Transillumination examination in intestinal ischemic pathology	13
Ulrikh E. V., Belenky Yu. S. Surgical approach to relaparotomy after application of small intestinal anastomosis in children	16
Tolstoy A. D. About some peculiarities of enzymatic pancreatogenic peritonitis	19
Bilich G. L., Bogoslavskaya E. S. Significance of the leucocyte enzymes and C-reactive protein in the diagnostics of appendicitis in children	21
Dzhamukov A. D. Balanced anesthesia with the use of sodium hydroxybutyrate in urgent surgery	24
Nikolaev G. M., Voitsekovich V. N., Suvorov A. A. Thoracic closed traumas and peculiarities of lung injuries	26
Faizullin M. H., Kamalov I. I. Large-frame roentgenofluorography in prophylactic medical observation of patients with spine and spinal cord traumatic aftereffects	28
Mikhailov M. K., Etkeeva A. I., Sadikova L. Z. Methods of zonography of thoracic organs in children	30
Volodina G. I., Semenov V. M. Tomography in the diagnostics of pulmonary destructive tuberculosis	32
Mustafin D. G. Exacerbations and relapses of pyo-destructive pneumonia	35
Gimranova A. Z., Shakirov R. I., Vorona V. G. About prophylactic medical examination of children after acute pneumonia	37
Khabibullin I. R. Detection of gastric superficial ulcers by means of bicontrast roentgenologic examination	39

Zamaletdinov A. A., Musin M. F. Perfection of the methods of translumbar aortography	42
Sutyushev B. G. Acuanalgesia in small gynecological operations	45
Vasilieva Z. F., Shabalin V. N., Kosheleva N. G., Karpova S. A., Bokarius L. V., Sadikov B. G., Borodin Yu. I. Use of antilymphocytic globulin in Rh-conflict pregnancy	47

To the teacher's and student's aid

Kushnir I. M., Mayun G. G. Types of deontological and general clinical training of doctors during intership	49
---	----

Sharing of experience and annotations

Mityugov V. I. To casuistry of foreign bodies in the larynx	51
Kharitonov R. K., Firsov P. D., Starostin A. P., Komissarov Yu. I. Three cases of esophageal damage resulted in recovery	52
Izmailov G. A., Kamalov R. S. Spontaneous rupture of the gastric wall	53
Klyuev I. I., Belikov V. S., Klyuev V. I. Treatment of adhesive intestinal obstruction	53
Yushkin V. V. Secondary obstruction of the small intestine caused by trichobezoar	54
Fironov V. M. Myocardial bioelectric activity and hemodynamic shifts in surgical operations under peridural anesthesia	55
Yulmetieva D. G. About indications for diphenylhydromine hydrochloride and pipolphen use in the treatment of patients with ulcer	55
Kafyatullina Z. N., Zakirova R. A. Experience to attend one year old children at the pediatric district	56
Shamsutdinov D. N. Some remote results in the treatment of bone closed fractures in children	57
Irtuganova O. A. The role of chemopreparations in the formation of stable populations of tuberculosis micobacteria	58
Diakonova I. N., Filippova V. P., Nizamutdinov I. Sh., Akhmerov R. U., Sakhovsky P. I. Multiple sclerosis incidence in the TASSR	59
Bekarevich E. M. Zone components of cervical lordosis in degenerative injuries of the spine	60
Kukhnina T. M., Shamova N. A. Electromyography of the pelvic diaphragm in women in neurologic and gynecologic practice	60
Davidova M. A., Tulchinskaya N. A., Mukhametzyanov Sh. A., Syunyakov T. P. Hypermagnesium coma as a complication after magnesia therapy of eclampsia of the pregnant	59
Nazarov V. G. About fibrin stabilizing properties of uterine tube tissues in inflammation	62
Kupov I. Ya., Belova I. V. Poisoning with menovazine	62

Hygiene and sanitation

Sobolevsky V. I. Hygienic assessment of conditions while in sauna	63
---	----

History of medicine

Khamidullin A. G., Bilich I. L. Development of sanitary and health-resort help to population	66
--	----

Rationalization proposals

Voropaev M. S. To the methods of roentgenologic examination in osteosynthesis of the femoral neck	69
---	----

Jubilee

Professor Vladimir Pavlovich Kamchatnov	70
Professor Ravil Gilmutdinovich Farkhutdinov	71

Bibliography and book reviews

Salikhov I. G., Fedorov V. V. To the book: A. A. Rusanov. Appendicitis	72
Levit I. D. To the book: T. M. Khakimova, A. N. Yunusova. Endemic goiter and its prevention	74
Rakhlin L. M. To the books K. V. Lebedev, I. N. Volkova, L. N. Zefirov. From the history of the Kazan Physiological school	74

Discussion

Vilegzhanin N. I. To comprehension of the specific matter of medicine	75
Obituary	79
Current events	79