

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
LXX

6

1989

Редакционная коллегия:

Д. М. Зубаиров (главный редактор),
Д. К. Баширова, Е. В. Белогорская, У.-Я. Богданович, В. Ф. Бого-
явленский, М. Х. Вахитов, Д. С. Галеева, М. М. Гимадеев (зам. глав-
ного редактора), Л. А. Козлов, О. С. Кочнев (зам. главного редактора),
И. А. Латфуллин, Р. И. Литвинов (отв. секретарь), И. З. Мухутдинов,
И. Г. Низамов, Л. М. Рахлин, И. А. Салихов, М. Х. Файзуллин,
А. Д. Царегородцев, Л. А. Щербатенко

Редакционный совет:

Н. Х. Амиров (Казань), В. А. Германов (Куйбышев), З. Ш. Гилязут-
динова (Казань), А. Т. Гончаров (Казань), Д. Ш. Еналеева (Казань),
В. Ф. Жаворонков (Казань), Б. А. Королев (Горький), А. Ф. Краснов
(Куйбышев), В. А. Кузнецов (Казань), Л. А. Лещинский (Ижевск),
М. К. Михайлов (Казань), А. П. Нестеров (Москва), Г. Г. Нуреев
(Казань), Г. Д. Овруцкий (Казань), А. Ю. Ратнер (Казань), И. М. Рах-
матуллин (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), Ф. Х. Фат-
куллин (Казань), Х. С. Хамитов (Казань)

Издается с 1901 года

Выходит 6 раз в год

Подписка принимается во всех почтовых отделениях СССР.

Адрес редакции «Казанского медицинского журнала»:

г. Казань, ул. Декабристов, 2, тел. 53-70-74.

Корреспонденцию направлять по адресу:

420066, г. Казань, а/я 53

Литературный редактор А. Ш. Закирова

Технический редактор А. И. Никиткова

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ

1989

6

ТОМ
LXX

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616.89—085.86 (470.41)

О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТАТАРСКОЙ АССР

Д. Г. Еникеев, И. С. Болотовский, Н. С. Макаричков, И. А. Классен, В. М. Антонов

Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. Г. Еникеев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканская психиатрическая больница (главврач — Н. С. Макаричков) МЗ ТАССР

В соответствии с «Основными направлениями развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» психиатрическая служба претерпевает определенную реорганизацию. Требования к психиатрии диктуются изменившейся структурой распространенности психических заболеваний, особенно в области пограничной психической патологии, ростом удельного веса психосоматических расстройств, новыми подходами к лечению и социальной реабилитации больного.

Вся психиатрическая служба с 1 марта 1988 г. руководствуется в своей повседневной работе Положением об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденным Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. и соответствующим приказом министра здравоохранения СССР. Основная направленность этих документов — совершенствование организации психиатрической помощи населению при соблюдении гарантий охраны прав и интересов психически больных, а также их законных представителей (то есть опекунов) и родственников.

Развитие психиатрии в современном мире характеризуется ростом числа нервно-психических заболеваний, особенно в последние десятилетия XX века. По оценке министра здравоохранения РСФСР А. И. Потапова («Советская Россия», 20 ноября 1987 г.), со-

ветской психиатрии в последнее время свойственна однобокость. Долгие годы внимание врачей-психиатров концентрировалось на изучении шизофрении в ущерб исследованию проблем алкоголизма, наркомании, неврозов. У нас не все благополучно со стационарной службой, которая нуждается в дальнейшем развитии; недостаточным было строительство психиатрических больниц. Требуют своего решения укрепление материальной базы психиатрических стационаров, снабжение их современной диагностической и лечебной аппаратурой.

Психиатрическая служба в республике, несомненно, отражает общие закономерности, присущие советской психиатрической науке и практике. В Татарской АССР коечный фонд увеличился с 3925 в 1980 г. до 4230 на конец 1987 г., обеспеченность койками на 10 тыс. населения составила 11,7 (в РСФСР за 1985 г. — 13,3). В 1987 г. улучшена материальная база Нижнекамского и Зеленодольского психоневрологических диспансеров (ПНД): увеличение количества штатных коек соответственно на 120 и 15 позволило организовать в составе Нижнекамского ПНД дополнительно два отделения — неврозов на 60 коек и детское на 30 коек. При наркологическом отделении Елабужской ЦРБ для лечения психически больных открыто 10 коек. В г. Набережные Челны в стадии завершения строительство первого в Татарии типового здания ПНД на 150 коек с лечебно-производ-

ственными мастерскими и дневным стационаром. Развернуто строительство лечебного корпуса на 145 коек при Республиканской психиатрической больнице.

Существенным вкладом в дело улучшения психиатрической помощи населению республики явился переход в 1986 г. Республиканской психиатрической больницы и Казанской городской психоневрологической больницы на принцип обслуживания больных по территориальной принадлежности. Работа по данному принципу позволила значительно улучшить уровень лечебно-диагностических мероприятий, решить проблему с «бескочными» больными, обеспечить преемственность между стационаром и внебольничной сетью. До районирования в Республиканской психиатрической больнице было 3300 больных (на 2900 коек), в настоящее время — 2550 — 2600.

Наметилась устойчивая тенденция к сокращению сроков пребывания больных в стационаре с 65,2 дня в 1980 г. до 61,7 дня в 1986 г. (в РСФСР — соответственно с 81,1 до 74,9 дня).

Развитие реабилитационного направления и широкое применение психотропных препаратов в психиатрии способствовали выписке из психиатрических больниц значительного числа психически больных, ранее находившихся в течение ряда лет в психиатрических больницах. Только 10% состоящих на учете больных с собственно психическими заболеваниями находятся одновременно в психиатрических стационарах, остальные же получают амбулаторную помощь. Так, по республике в 1980 г. на учете состоял 8641 больной эпилепсией, из них стационарное лечение прошли 939 (10,9%) человек, в 1987 г. — соответственно 9406 и 447 (4,8%) человек. В том же 1980 г. насчитывалось 7885 больных шизофренией, из них стационарное лечение получили 5365 (68%) человек, в 1987 г. — соответственно 11138 и 6464 (58%). Таким образом, отмечается определенная положительная тенденция к снижению числа случаев госпитализации.

Недостаток площадей в психиатрических учреждениях затрудняет развертывание достаточного количества коек для гериатрических больных. Распространенность пограничных нервно-психических заболеваний диктует необходимость организации психотерапевтической и суицидологической помощи.

Началось формирование подростковой психиатрической службы: открыты 2 участковых подростковых кабинета в г. Казани, по одному — в гг. Набережные Челны и Альметьевске. В гг. Бавлы, Бугульме, Елабуге, Лениногорске и Чистополе работают детские психоневрологические кабинеты; в конце 1987 г. в республике функционировали 25 детских психиатрических участков.

В штаты психиатрических (психоневрологических) учреждений введены дополнитель-

ные должности медицинских сестер социальной помощи (25,5 занятых должностей) при психоневрологических кабинетах ЦРБ.

Для улучшения экстренной помощи психически больным и предупреждения возможных общественно опасных действий с их стороны при Казанской станции скорой медицинской помощи в 1982 г. была организована вторая психиатрическая врачебная бригада, в 1985 г. — в г. Набережные Челны и в 1986 г. — в г. Альметьевске.

Восстановительное лечение осуществляют лечебно-производственные мастерские (ЛПМ) при Республиканской психиатрической больнице на 350 посадочных мест и при Казанской психоневрологической больнице на 150 мест, в Набережных Челнах — на 20 мест, Альметьевске — на 10 мест. Увеличился охват трудовой терапией больных в ЛПМ с 2831 в 1980 г. до 3842 человек в 1987 г.

Число врачей-психиатров (физических лиц) в республике возросло со 180 человек в 1980 г. до 249 на 1 января 1988 г. Ежегодно на базе Республиканской психиатрической больницы и Казанской городской психоневрологической больницы проходят подготовку по психиатрии через интернатуру 10 — 12 врачей. За годы одиннадцатой пятилетки и по настоящее время на курсах специализации и усовершенствования обучились свыше 120 врачей. Все шире практикуется направление врачей на стажировку в ведущие НИИ страны на рабочие места для участия в семинарах, конференциях, декадах, а также в ведущие психиатрические учреждения страны для обмена опытом.

Повышению квалификации врачей способствует их аттестация, участие в плановых научно-практических конференциях, заседаниях научно-медицинских обществ невропатологов и психиатров.

Ежегодно проводятся республиканские совещания-семинары для врачей-психиатров и наркологов с участием работников других ведомств (прокуратура, МВД, юстиция) по актуальным вопросам психиатрии и наркологии; регулярны межрайонные семинары для врачей-психиатров, наркологов и медицинских работников общесоматической сети.

В работе по повышению квалификации врачей-психиатров заняты научные работники кафедр психиатрии ГИДУВа и медицинского института. В эту работу активно включились сотрудники недавно организованной на базе Республиканской психиатрической больницы единственной в стране кафедры клинической фармакологии Казанского ГИДУВа.

Материально-техническая база психиатрических (психоневрологических) учреждений республики является весьма неудовлетворительной, ни одно из них не расположено в зданиях, построенных по типовым проектам. В настоящее время на одного больного

приходится 2,2 — 2,5 кв. м полезной площади вместо 7 кв. м по санитарным нормам.

Психиатрическая служба в республике до настоящего времени развивается по экстенсивному принципу, что обусловлено значительным отставанием показателей существующей обеспеченности психиатрической помощью от нормативной. Так, обеспеченность психиатрическими койками составляет 11,7 на 10 тыс. населения при нормативной потребности 23 койки, детскими психиатрическими койками — 1,4 на 10 тыс. детского населения при нормативной потребности 5 коек. Низкая обеспеченность психиатрическими койками усугубляется крайней скученностью в стационарных отделениях, а также неудовлетворительным числом мест в интернатах для психически больных-хроников в системе социального обеспечения (0,51 места на 1000 населения при нормативе 1 место), что приводит к значительной перегрузке психиатрической койки, затягиванию сроков пребывания больных-хроников в больницах, значительно ухудшает показатели работы стационаров. Так, Республиканская психиатрическая больница заполнена больными, подлежащими переводу в психоневрологические интернаты, на 40%, а Свяжская психиатрическая больница — на 100%.

Не начато строительство в 1981 г. Казанской городской психиатрической больницы на 500 коек. До сих пор не открыты психиатрические отделения в Буинской, Мензелинской и Чистопольской ЦРБ. Медленно ведется строительство типового здания Набережно-Челнинского психоневрологического диспансера.

Участковые (районные) психиатры республики достаточно активно проводят ежегодный пересмотр контингентов больных с целью снятия с учета тех, которые более не нуждаются в продолжении диспансерного наблюдения. Так, в 1975 г. на учет было взято 14372 человека, в 1980 г. — 17386, в 1987 г. — 18593, снято с учета — соответственно по годам 9119, 10981, 16953.

Накопленный за последние годы опыт показал, что все методы интенсивной терапии и социальной реабилитации больных могут в настоящее время успешно применяться во внебольничных условиях как для поддержания уровня ремиссий, достигнутых в стационаре, так и для профилактики и раннего купирования обострений и рецидивов, что приводит к снижению числа случаев первичной и повторной госпитализации больных, а также к увеличению числа состоящих на учете психически больных с благоприятным течением заболеваний.

Медикаментозное снабжение психиатрических учреждений республики в последние годы улучшилось. С 1981 г. возросла норма расходования медикаментов в психиатрических стационарах (с 31 до 55 коп. в день на больного). С этого же года введен бесплат-

ный отпуск медикаментов для амбулаторного лечения больных шизофренией и эпилепсией, являющихся инвалидами I и II групп. Вместе с тем обеспечение психиатрических учреждений медикаментами, особенно импортными, весьма неритмично. Довольно часты жалобы от населения на острую нехватку препаратов (лепонекс, неулептил, пролонгин и т. д.), получивших широкую известность среди родственников больных. Нередко препаратов, рекомендованных больному при выписке из стационара, в диспансерных отделениях не оказывается, особенно в «бесплатном» фонде. Замена медикаментов на другие вызывает негативную реакцию больных, а также его родственников.

В профилактике, своевременном распознавании, лечении нервно-психических заболеваний диспансерные методы обслуживания населения, психически и нервнобольных, а также перенесших болезни нервно-психической сферы имеют особое значение. За последние годы в ТАССР проделана определенная работа по улучшению внебольничной психоневрологической помощи. Возросла обеспеченность населения врачами-психиатрами, осуществляющими внебольничную помощь (занятые должности на 10 000 населения без наркологов), 0,24 в 1980 г. до 0,35 в 1987 г. (в РСФСР за 1985 г. — 0,37).

В 1980 г. в ТАССР было 4940 больных с неврозами, психопатией и другими психическими расстройствами непсихотического характера (в абсолютных числах), в 1987 г. — 4881, в г. Казани — соответственно по годам 2116 и 2186.

В процессе диспансеризации больных важнейшее значение имеет деятельность, направленная на восстановление личности каждого больного в результате перенесенного психического заболевания, его приспособления к жизни, обеспечения возможности участвовать в общественно полезном труде. Наряду с этим задачи диспансерного обслуживания больных не могут эффективно решаться без взаимодействия со всеми звеньями общемедицинской сети.

Многие больные с психогенными и соматоформными психическими расстройствами остаются вне поля зрения лечебных учреждений, так как в психоневрологические диспансеры они не обращаются, избегая психиатрического учета с вытекающими из него последствиями в виде различных медико-социальных ограничений; врачи же поликлиник, не зная клиники пограничных расстройств, безуспешно пытаются лечить больного, исходя из его жалоб соматического характера. Решение этой проблемы возможно только путем организации в составе поликлиник психотерапевтических кабинетов, осуществления регулярных консультативных приемов врачами-психиатрами диспансеров в помещениях районных поликлиник и ознакомления участковых врачей-терапевтов с методами распозна-

вания ранних симптомов психических расстройств.

В настоящее время болезни в целом характеризуются сдвигом в сторону более легкого их протекания. Современный патоморфоз психических заболеваний обусловлен целым комплексом длительно действующих факторов, среди которых одно из главных мест занимает массовое применение психофармакотерапии. Этим и объясняется сдвиг клинических проявлений заболеваний с психотического уровня на уровень пограничных расстройств (включая невроты), требующих в основном амбулаторных форм лечения, то есть переноса центра тяжести на внебольничные условия. Весьма эффективны в таких случаях полустационарные формы обслуживания больных, которые являются прогрессивным видом организации психиатрической помощи населению. К ним относятся дневные и ночные стационары, позволяющие с меньшей эффективностью оказывать помощь значительному числу больных, направляемых сейчас на стационарное лечение в психиатрические больницы. К тому же для их организации нужно значительно меньше экономических затрат и полезных площадей.

Количество мест в дневном стационаре Казанской ГПНБ возросло с 50 в 1980 г. до 150 в 1987 г., соответственно увеличилось число больных, леченных в нем, — с 166 до 978 человек в год, то есть количество мест увеличилось в 3 раза, а число больных — в 6 раз. Средняя длительность пребывания больного составила 33 дня (в РСФСР — 35,9), что свидетельствует об интенсивной его работе. Запланировано строительство нового корпуса, где будут открыты психотерапевтическое отделение и дневной стационар для больных с пограничными психическими расстройствами.

С 1980 г. с открытием спеццеха для психически больных с инвалидизацией в Казанском картонажно-полиграфическом комбинате на 100 рабочих мест началось формирование сети специализированных предприятий для трудового переобучения и трудоустройства инвалидов. В настоящее время они организованы на картонажной фабрике, обувном комбинате «Спартак», заводе «Газоаппарат» и других предприятиях, а также в гг. Набережные Челны, Альметьевске, Елабуге. В последние годы в Республиканской психиатрической больнице созданы бригады из числа больных, выезжающих на промышленные предприятия. Общее число мест спеццехов (участков) с учетом выездных бригад достигло 800.

Организация внебольничного лечения в сельской местности представляет собой еще более сложную задачу. К настоящему времени уже достаточно зарекомендовала себя такая форма обслуживания, как психиатрические отделения при ЦРБ. Привлечение сельских участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий, ФАП и ФП к обслуживанию психически больных повышает качество

диспансеризации и расширяет возможности профилактики обострений и внебольничного лечения, разумеется, при условии соответствующей подготовки медицинского персонала.

Психиатрические отделения ЦРБ созданы в Азнакаево (40 коек), Бугульме (90), Зинске (15), Лениногорске (35), Елабуге (10). Из-за неудовлетворительной материальной базы ЦРБ не открыты психиатрические отделения в Буинском, Мензелинском и Чистопольском районах.

В настоящее время первоочередными задачами психиатрической службы республики являются следующие: 1) укрепление материально-технической базы существующих психиатрических учреждений, особенно РПБ и Казанской ПНБ, путем строительства на территории этих больниц новых корпусов, психиатрической больницы на 500 коек в Высокогорском районе на территории существующего загородного филиала РПБ (в настоящее время там лечатся 400 больных), их объединения в больницы на 100 коек с переводом туда бесперспективной Свияжской психиатрической больницы; 2) строительство межрайонной психиатрической больницы в Закамье на 500 коек (Набережные Челны); 3) строительство психиатрической больницы для принудительного лечения больных с усиленным наблюдением; 4) организация психотерапевтической и суицидологической помощи населению с развертыванием сети психотерапевтических, суицидологических кабинетов и кабинетов социально-психологической помощи, службы телефона «Доверия» в г. Казани.

В свете этих требований времени весьма оправданными представляются организация сети психотерапевтических кабинетов на базе общесоматической службы, выделение этого вида медико-социальной помощи из диспансерного звена психиатрической помощи, создание при соматических клиниках коечного фонда для больных с невротами и психосоматическими расстройствами, расширение отделений пограничных расстройств в структуре психиатрических больниц и диспансеров. Следует ожидать, что выделение психотерапевтической помощи из психиатрии и приближение ее к соматической сети окажут благотворное влияние не только на показатели заболеваемости и распространенности, но и на выявление состояний предболезни, позволят решить проблему поздней обращаемости к врачу-психиатру, предупредить возникновение затяжных форм невротозов.

Практика работы психотерапевтических кабинетов общесоматической сети показывает огромную потребность в специалистах соматического профиля в консультативной, диагностической и лечебной помощи психотерапевта. В тех медицинских учреждениях, где работа в отношении психотерапии поставлена серьезно, снижаются не только показатели среднего пребывания на больничном листе,

но и количество жалоб от населения.

В общесоматической сети развернуто всего лишь 7 кабинетов, из них в г. Казани — 4, при ЦРБ — 1, в других городах — 2. В г. Казани открыты 4 психотерапевтических кабинета (при поликлиниках города). В городской психоневрологической больнице введена должность врача-психотерапевта. При поликлинике № 2 Вахитовского района организован кабинет социально-психологической помощи. При Республиканской психиатрической больнице функционирует стационарное отделение для пограничных расстройств на 80 коек. В 1988 г. совместно с соматической сетью были запланированы к открытию 7 психотерапевтических кабинетов в гг. Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске, однако этот план не выполняется. В настоящее время из числа развернутых психотерапевтических кабинетов на базе поликлиник и больниц нет ни одного кабинета психотерапии, который хотя бы в минимальной степени соответствовал требованиям и условиям работы согласно приказу МЗ СССР. Что касается перспективы развития психотерапевтической службы в организационном плане, то на первом месте должен стоять вопрос о развертывании психотерапевтических кабинетов при соматической сети в полном объеме. Вместе

с этим необходимо идти по пути создания «центра пограничных состояний» с диспансерным и стационарным отделениями, клинико-диагностическими отделами и психотерапевтическими кабинетами соматической сети. Психотерапевты должны иметь опыт работы в области психиатрии, наркологии и сексуальных расстройств. Однако по-прежнему острой остается проблема, связанная с подготовкой кадров врачей-психотерапевтов.

Мало вовлекаются в психотерапевтический процесс медицинские психологи, которые должны участвовать в нем как социотерапевты и проводить диагностическую работу.

Психотерапия находит все возрастающее применение в общей медицине. Поскольку психотерапевтическое лечение специфично, оно стало точкой пересечения ряда областей знаний: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Эта интердисциплинарность особенно ярко проявляется в связи со все большим распространением групповой психотерапии. Фактически в настоящее время можно констатировать тот факт, что психотерапия превратилась в самостоятельную клиническую дисциплину и, следовательно, нуждается в соответствующем развитии своих организационных форм.

Поступила 10.01.89.

ПРАКТИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.37+616.361] — 073.48

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*И. А. Салихов, В. В. Федоров, Д. М. Красильников, С. Я. Кнубовец,
О. Ю. Карпунин, Н. Г. Закирова, А. М. Абдуллина*

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР

Среди новых неинвазивных и высокоинформативных методов исследований патологии печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы наибольшее распространение в настоящее время имеет ультразвуковое исследование (УЗИ). За последние годы опубликовано много работ, свидетельствующих о больших диагностических возможностях УЗИ при холелитиазе [3—5], также при хирургических заболеваниях поджелудочной железы [1, 2].

Целью настоящей работы была оценка диагностической ценности данного метода у больных с патологией панкреатобилиарной системы на основании анализа результатов УЗИ.

За последние 1,5 года в экстренном и плановом порядке было произведено 558 ультразвуковых исследований у больных, находившихся на лечении в 1 и 2-м хирургических от-

делениях Республиканской клинической больницы. Мужчин было 117 (21,0%), женщин — 441 (79%). Средний возраст пациентов — 51,5 лет.

УЗИ осуществляли с помощью аппарата SAL-35A фирмы «Toshiba» (Япония). Достоверность ультразвуковых исследований верифицирована во время операции при макро- и микроскопическом исследовании материала у 293 (52,5%) больных, а также путем сопоставления с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования у 265 (47,5%) больных, леченных консервативно. По поводу острого и хронического холецистита было прооперировано 216 больных, при этом данные УЗИ подтвердились у 195 пациентов, то есть достоверность УЗИ при холецистите составила 90,3%. По поводу острого холецистита было оперировано 74 пациента, расхождение диагнозов наблюдалось у

9 (12,2%) больных, по поводу хронического — 142, расхождение диагнозов имело место у 12 (8,4%) пациентов. Таким образом, ошибки в ультразвуковой диагностике чаще наблюдались у экстренных больных. Это объясняется тем, что УЗИ неотложных больных отличается большей сложностью, так как заполненность кишечника, наличие метеоризма снижают точность эхографической диагностики. Поэтому мы придаем важное значение повторным УЗИ у экстренных больных после предварительной подготовки кишечника.

Из 21 ошибочного заключения, сделанного при УЗИ больных с острым и хроническим холециститом, гипердиагностика имела место у 11 пациентов — камней в желчном пузыре во время операции у них не обнаружено, гиподиагностика — у 4. У 6 больных наряду с холециститом при УЗИ ошибочно диагностированы камни холедоха, не выявленные при тщательной ревизии протоковой системы во время операции. Вероятно, причиной такой ошибки явился перихоледохеальный лимфаденит.

Из 27 пациентов, прооперированных по поводу холецистохоледохолитиаза, лишь у 7 диагноз с помощью УЗИ был поставлен до операции правильно. У 15 пациентов при аналогичной диагностике был обнаружен только холецистолитиаз, а у 5 — первичное УЗИ вообще не выявило конкрементов в желчном пузыре и холедохе. Таким образом, наиболее затруднительна диагностика холедохолитиаза, и отрицательные данные УЗИ не являются основанием для прекращения поисков камней протоковой системы. В то же время у 11 пациентов с холедохолитиазом предоперационное УЗИ установило наличие данной патологии во всех случаях, хотя у 3 из них наряду с холедохолитиазом ошибочно предполагался холецистолитиаз. Наибольшая точность УЗИ у больных этой группы по сравнению с предыдущей, возможно, связана с тем, что большинство пациентов ранее перенесли холецистэктомию, а наличие желтухи предусматривало более тщательное исследование холедоха в поисках резидуального камня.

Нами прооперировано 8 больных со стриктурой холедоха, и ни в одном из случаев УЗИ не дало достоверных оснований заподозрить эту патологию. Чаще (у 6 пациентов) ситуация трактовалась как холедохолитиаз.

Острый панкреатит по данным УЗИ был выявлен у 42 больных, оперировано — 13, лапароскопически диагноз подтвержден у 27 больных. У 2 пациентов острый панкреатит не подтвердился.

Диагноз хронического панкреатита как самостоятельного заболевания при УЗИ был поставлен у 75 больных, а как осложнения холецистита — у 230, причем из 140 больных операционным обследованием панкреатит был подтвержден лишь у 72 (51,4%).

Гепатит и цирроз печени как самостоятельные заболевания при УЗИ заподозрены у

47 больных, как сопутствующие холециститу — у 202. Из 152 пациентов этой группы интраоперационно диагноз был верифицирован только у 53 (34,9%).

Столь большое расхождение в диагностике хронических панкреатитов, циррозов печени и хронических гепатитов мы склонны объяснять отсутствием гистологических исследований во время операции. Информация о состоянии органов, получаемая интраоперационно, базировалась в основном на визуальном и пальпаторном исследованиях. Необходимо учитывать способность УЗИ выявлять интраорганные морфологические изменения в печени и поджелудочной железе. Таким образом, включение в диагностическую программу УЗИ больных хроническим панкреатитом и гепатитом позволяет быстро провести дифференциальную диагностику и своевременно прибегнуть к патогенетическому лечению. Дооперационное же выявление признаков гепатита и хронического панкреатита у больных с желчнокаменной болезнью должно насторожить хирурга и явиться достаточно весомым показанием для проведения более ранней операции.

Высокая достоверность УЗИ отмечена у больных с опухолевыми и кистозными поражениями печени, кистами поджелудочной железы. Так, рак печени и ее метастатические поражения заподозрены до операции у 14 больных. Во всех случаях диагноз был подтвержден интраоперационно (6) или лапароскопически (8). Кисты печени (4) и поджелудочной железы (5), выявленные УЗИ до операции, также были верифицированы во время хирургического вмешательства у всех больных.

Дифференциальная диагностика желтух — одна из сложных и важных проблем неотложной гепатологии. Своевременное установление органического субстрата в генезе этого осложнения позволяет хирургу принять правильное тактическое решение. УЗИ было проведено у 54 больных желтухой, причем печеночная форма заболевания была установлена у 3 пациентов, что верифицировано интраоперационно (1), а также при сопоставлении клинических данных с результатами биохимических исследований (2). У 51 пациента во время операции выявлено механическое прохождение желтухи. Причиной желтухи у 31 больного по данным УЗИ была желчнокаменная болезнь, но операция подтвердила это предположение только у 25 пациентов. Рак поджелудочной железы был предположен у 2 больных желтухой, но на операции данное заболевание было диагностировано у 8 пациентов. Хронический панкреатит как причина желтухи был заподозрен до операции у 6 больных, рак ворот печени — у 4, что было в дальнейшем верифицировано операцией. Стриктура холедоха, как было показано выше, не была заподозрена при УЗИ ни у одного из 8 пациентов.

Следует отметить, что при обнаружении дилатации протоковой системы ультрасонография весьма достоверно выявляет механическую природу желтухи, хотя судить о ее причине только по данным УЗИ затруднительно. Следовательно, диагностика механической желтухи остается трудной задачей, для разрешения которой подчас необходимо комплексное клинично-инструментальное (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чресочно-чреспеченочная холангиография) и лабораторное исследование.

ВЫВОДЫ

1. В экстренной хирургии панкреатобилиарной системы УЗИ позволяет быстро решать сложные вопросы диагностики холелитиаза, острого панкреатита, достоверно выявлять механическую природу желтухи.

2. УЗИ обладает высокой разрешающей способностью при хронических холецисти-

тах, панкреатитах и гепатитах, а также при опухолевых и кистозных поражениях печени, кистах поджелудочной железы.

3. Диагностика холедохолитиаза, а также установление причин механической желтухи по данным УЗИ затруднительны и требуют комплексного клинично-инструментального исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов М. В., Тодуа Ф. И., Гордеев В. Ф. и др. // Хирургия. — 1985. — № 8. — С. 26—30.
2. Даденко Б. М., Ибишов Ш. Ф., Тамм Т. И., Аламгир Кабир // Клини. хир. — 1987. — № 9. — С. 43—44.
3. Кишковский А. Н., Кузнецов С. В., Фадеев В. Д. // Вестн. рентгенол. — 1986. — № 2. — С. 29—35.
4. Портной Л. М., Легостаева Т. Б., Рослов П. Л. и др. // Хирургия. — 1987. — № 2. — С. 50—55.
5. Uhrenholdt H. // Surg. Gynec. Obstet. — 1984. — Vol. 159. — P. 353—356.

Поступила 14.07.88.

УДК 616.37—002.191—089.8

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. А. Гагушин

Кафедра общей хирургии (зав.— доц. В. А. Гагушин) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Клинически и морфологически киста — промежуточная стадия между острым и хроническим панкреатитом [5]. В раннем периоде заболевания, то есть при отсутствии капсулы, затем панкреатического сока в забрюшинной клетчатке, малой сальниковой сумке, внутри паренхимы поджелудочной железы не могут с анатомической точки зрения считаться кистой, но поскольку они являются исходным субстратом для ее образования, правомочны называться кистами в нестабильной стадии [6]. По мнению одних авторов [1, 4], в ранних стадиях кисты следует проводить консервативное лечение, по мнению других [2, 3] — оперативное, причем сразу после установления диагноза, до развития плотной капсулы, для формирования которой необходимо 2—4 месяца.

С 1975 по 1985 г. было прооперировано 28 пациентов (мужчин — 23, женщин — 5 в возрасте от 19 до 74 лет) по поводу псевдокист поджелудочной железы в нестабильной стадии.

Среди этиологических факторов преобладал алкоголизм, желчнокаменная болезнь, панкреатит беременной; у 3 пациентов причина осталась неясной.

Большую часть больных (18) оперировали в первые 2 месяца от начала заболевания. Клиническая картина складывалась из общих и местных симптомов. Из общих

наиболее часто наблюдались боли (24), желтуха (5), гипертермия (11).

Уровень амилазы в моче был повышен только у 8 больных, в то время как в крови — у 21. Мы придаем большое значение этому феномену, поскольку он помогает не только в дифференциальной диагностике панкреатической кисты и других образований, но и свидетельствует о возможности развития осложнений. Длительное повышение активности амилазы в крови после стихания клинических признаков панкреатита заставляет заподозрить формирование кисты, даже если она не пальпируется.

Для уточнения диагноза применяли комплекс исследований, включающих ультразвуковое исследование, лапароскопию, ангиографию, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. В результате проведенных исследований правильный дооперационный диагноз был поставлен у 24 больных. Трое больных, доставленных в клинику с перфорацией кисты в брюшную полость, были прооперированы по поводу перитонита, и у одного больного была заподозрена опухоль головки поджелудочной железы.

Характер и количество развившихся в дооперационном периоде осложнений представлены в табл. 1.

Таким образом, у 28 больных в доопе-

Таблица 1

Виды осложнений псевдокист поджелудочной железы в дооперационном периоде

Осложнения	Число больных
Аутодигистивные интрапанкреатические:	
атрофия паренхимы поджелудочной железы	3
увеличение размеров кисты с угрозой разрыва	5
прорыв в брюшную полость и соседние органы	3
Механические:	
сдавление общего желчного протока	4
сдавление двенадцатиперстной кишки	7
блокада лимфатических путей (асцит, перитонеальный и плевральный выпот)	
Геморрагические:	
аррозивные кровотечения в полость кисты	1
в ретроперитонеальную клетчатку	1
повреждение венозных стволов	
сегментарная портальная гипертензия	3
кровотечения в панкреатический проток	1
в желудочно-кишечный тракт	1
Всего	29

рационном периоде развилось 29 различных осложнений, которые явились основным показанием к операции.

Серозный выпот в брюшной полости при лапароскопии был найден у 6 больных. Экстренно, без обследования, прооперированы 3 пациента с разрывом стенки кисты и развитием перитонита. Из них один больной поступил с явлениями перитонита, у 2 других разрыв наступил уже в стационаре: у одного — в день поступления, у другого — на 3-й день пребывания в клинике.

Характер произведенных операций представлен в табл. 2.

Таблица 2

Характер операций при псевдокистах поджелудочной железы

Характер операций	Число больных	Умерли
Наружное дренирование	12	1
Наружное дренирование + гастрэнтероанастомоз	1	—
Наружное дренирование + папиллопластика	2	—
Цистогастростомия	5	—
Цистогастростомия + холедистэктомия	1	—
Цистоеюностомия	4	—
Цистоеюностомия + холедистэктомия	2	—
Цистодуоденостомия	1	—
Всего	28	1

Псевдокистозный панкреатит развился на почве геморрагического (у 26) и жирового (у 2) некроза.

Локализация кист представлена в табл. 3.

Таблица 3

Локализация кист по данным операционных находок

Локализация кист	Число больных
Интрапанкреатическая	6
Экстрапанкреатическая ретроперитонеальная	6
Экстрапанкреатическая интраперитонеальная:	
между желудком и двенадцатиперстной кишкой	4
между желудком и поджелудочной железой	12
Всего	28

Двухкамерная киста обнаружена у одного больного, две кисты — у другого: экстрапанкреатическая ретроперитонеальная киста располагалась в забрюшинной клетчатке области хвоста поджелудочной железы, интрапанкреатическая — в головке железы. У остальных больных кисты были однокамерными с диаметром от 4 до 27 см.

Жидкость из полости кисты удаляли первично путем пункции с аспирацией. Количество жидкости до 0,5 л было у 13 больных, до 1 л — у 4, до 2 л — у 8. При разрыве кисты из брюшной полости эвакуировали более 2 литров жидкости. Исследование активности амилазы в жидкости, удаляемой как из полости кисты, так и из брюшной полости, показало повышенное содержание ферментов (от 252 до 2048 ед. и выше).

Наиболее часто в полости кисты обнаруживался геморрагический экссудат (у 13), серозный (у 7), воспалительный (у 4). У 9 больных после опорожнения кисты удаляли из ее полости некротические ткани, у одной больной — сгустки крови.

Среди больных с прорывом кисты в свободную брюшную полость перфорированное отверстие у одного больного локализовалось в желудочно-ободочной связке, у другого — в брыжейке ободочной кишки и у третьего больного содержимое поступало в брюшную полость через винслово отверстие.

На начальных этапах мы производили верхнюю срединную лапаротомию, рассекали желудочно-ободочную связку, эвакуировали содержимое малой сальниковой сумки, затем в полость кисты вводили дренажную трубку, другой конец которой выводили на переднюю брюшную стенку через операционный разрез или через отдельное отверстие вблизи его. С 1979 г. с целью создания оптимальных условий для дренирования, снижения травматичности операции и количества осложнений нами разработан следующий

щий метод.

При местной анестезией производим разрез кожи в левом подреберье от наружного края прямой мышцы живота параллельно краю левой реберной дуги длиной 5 см. Послойно рассекаем кожу и подкожную клетчатку, по ходу волокон разводим обе косые и поперечную мышцы живота, вскрываем брюшную полость. Желудочно-ободочную связку подшиваем к брюшине и апоневрозу по периметру раны, затем вскрываем полость малой сальниковой сумки и отсосом эвакуируем ее содержимое, полость дополнительно освобождаем от детрита и очагов некроза с помощью тупфера. Две дренажные силиконовые трубки вводим в полость малой сальниковой сумки и выводим через отдельные отверстия ниже раны по среднеаксиллярной линии. Проксимальные концы дренажной трубки со множественными отверстиями укладываем по ходу поджелудочной железы на всю длину сальниковой сумки. К дренажным трубкам подключаем систему постоянной аспирации жидкости. Операционную рану на боковой стенке живота тщательно ушиваем наглухо для создания герметично закрытой полости, стенки которой начинают спадаться вследствие отрицательного давления, создаваемого постоянной аспирацией. Активное отсасывание, осуществляемое в течение 3—4 дней, позволяет удалять новые порции жидкости, поступающие в полость малой сальниковой сумки в результате воспаления из забрюшинной клетчатки и панкреатического протока, способствует соприкосновению и образованию спаек между задней стенкой желудка и передней поверхностью поджелудочной железы, для облитерации полости. При наличии в полости сальниковой сумки гнойной жидкости простой аспирации бывает недостаточно и с 4—5-го дня после операции проводим проточное промывание через дренажи в сочетании с удалением жидкости до полного стихания воспалительного процесса. Данный метод особенно показан при быстром увеличении размеров кисты, присоединении инфекции и тяжелом состоянии больного. Идеальным условием для рекомендуемой операции является непосредственное соприкосновение растянутой желудочно-ободочной связки с передней брюшной стенкой, когда можно полностью исключить инфицирование брюшной полости.

У 6 больных применяли метод дренирования кисты в желудок. У одного больного с интрапаренхиматозными кистами в головке поджелудочной железы производили цистодуоденостомию. Необходимым условием для осуществления этой операции считаем непосредственное примыкание стенки кисты к двенадцатиперстной кишке. Расстояние между ними не должно превышать 1,5—2 см, в противном случае длинный дренажный канал может служить источником кровотечения или увеличить зону некроза.

Цистоеюностомию выполняли у 6 больных с интрапаренхиматозными кистами.

Умер один больной 53 лет, поступивший в клинику на 3-и сутки из районной больницы по поводу разрыва кисты и разлитого гнойного перитонита.

Таким образом, опыт лечения псевдокистозного панкреатита убеждает нас в необходимости проведения активной тактики до развития осложнений. Консервативная терапия не должна быть длительной. Ее необходимо прекращать при появлении признаков ухудшения состояния или отсутствия выраженной положительной динамики. Выбор метода операции зависит от локализации кисты и характера осложнений. Разнообразие проявлений псевдокистозного панкреатита предопределяет выбор оптимального вида операции. Предложенный нами вариант наружного дренирования кист малоинвазивен, эффективен и заслуживает широкого внедрения в практическое здравоохранение. Метод может выполняться в отделениях общехирургического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вильямс Г. Д., Данилов М. В., Когиашивили В. И. и др. // Вестн. хир. — 1977. — № 7. — С. 38—41.
2. Кузин М. И., Данилов М. В., Благовидов Д. Ф. // Хронический панкреатит. — М., 1985.
3. Маят В. С., Атанов Ю. П., Буромская Г. А. // Хирургия. — 1983. — № 10. — С. 5—10.
4. Милонов О. Б., Цацаниди К. Н., Смирнов В. Н. и др. // Хирургия. — 1985. — № 4. — С. 87—95.
5. Becker V. // Chirurg. — 1980. — Bd. 51. — S. 357—359.
6. Mc Mahon M. J., Playforth M. J., Pickford J. R. // Brit. J. Surg. — 1980. — Vol. 67. — P. 22—25.

Поступила 15.02.88.

ЖЕЛУДОЧНЫЕ ПОЛЯ И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

М. З. Сигал, А. С. Абдуллин

*Кафедра хирургии и онкологии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. М. З. Сигал)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, курс онкологии
(зав.— доц. А. С. Абдуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института имени С. В. Курашова*

Желудочные поля являются элементами тончайшего рельефа слизистой оболочки, которые определяются в проходящем свете. Мы изучали эти элементы по изображению желудочных полей, получаемому при направлении светового потока со стороны серозной оболочки (обратная трансиллюминация). Исследования желудочных полей производили при различной степени внутрижелудочного давления, создаваемого нагнетанием воздуха, на расщепленных и распластанных над световым источником препаратах, а также на операционном столе.

Желудочные поля изучали в норме и при патологических состояниях: гастритах, язвах, полипах, раках и неэпителиальных опухолях. Более отчетливое изображение желудочных полей можно получить при просвечивании стенки желудка со стороны серозного покрова, следовательно, исследования со стороны слизистой оболочки являются более информативными. Во время операции четкость картины достигается путем осмотра через фиброгастроскоп с отключенным источником света при направлении светового потока на операционное поле. При этом имеет значение степень освещения: при слабом освещении изображение теряется, при сильном — происходит «смыывание» структурных элементов. Следует принимать во внимание и толщину стенки желудка: чем она толще, тем необходим более сильный источник света. Кроме того, нужно учитывать степень растяжения: наиболее четко вырисовываются картины при максимальном растяжении стенки желудка.

Желудочные поля в норме бывают самой различной формы — округлой, полигональной, вытянутой, овальной. Разные отделы стенки желудка имеют различную структуру желудочных полей. Так, в антральном отделе они более продолговатые, в области тела — более полигональные, в проксимальном же отделе — более округлые, овальные.

Каждое желудочное поле имеет собственный лимфатический и кровеносный сосуды, расположенные по периферии. Лимфатический сосуд четко выявляется при направлении светового потока со стороны подслизистого поля, а кровеносный сосуд, наоборот, — при освещении со стороны слизистой оболочки.

Патология желудочных полей связана с процессами атрофии, гиперплазии, инфильтративными изменениями, в том числе и в подслизистом слое, деструктивными поражениями. При анализе учитывали форму, величину, четкость разграничительных линий между желудочными полями, сохранение или нарушение динамической морфологии этого элемента слизистой. Патологию желудка в начальных фазах (по данным макровизуального анализа) можно констатировать по изменениям этих анатомических единиц — желудочных полей.

Желудочные поля изучали при гастритах, являющихся сопутствующей патологией при раке (у 77), язве (у 30), раке из язвы (у 17), раке на фоне полипоза (у 6), полипозе (у 6). При этом особое внимание обращали на состояние желудочных полей при ригидном, антральном, сосочковом и эрозивном гастритах.

Слизистая оболочка при ригидном антральном гастрите представляется в виде деформированных, утолщенных складок неправильной формы, образованных конгломератами желудочных полей, слившихся между собой. На фоне данных грубых структур изображения отдельных желудочных полей видны лишь местами. При таких изменениях слизистой отмечается выраженная деформация лимфатической сети желудка — хилезные цистерны.

При сосочковом гастрите слизистая оболочка имеет зернистую поверхность, образованную сосочками различной формы и величины. Каждый сосочек — это патологически измененное желудочное поле с характерной деформацией лимфатической сети слизистой оболочки — лимфоэктазиями.

Слизистая оболочка при эрозивном гастрите усеяна множеством мелких дефектов — просветлениями, воспроизводящими по величине и форме желудочные поля. Большие по размерам эрозии формируются из нескольких прилегающих друг к другу желудочных полей. Эрозия в проходящем свете обнаруживается в виде просветления, а в случаях прикрытия сгустками крови — в виде темного очага.

Многообразны изменения рельефа слизистой при язвах желудка. Исследование проведено на 97 резецированных препаратах и в 20 случаях на операционном столе. Наши

наблюдения дают основания различать изменения рельефа слизистой в проходящем свете при язвах без сопутствующих изменений, язвах, осложненных стенозом, и язвах с озлокачествлением. Сопутствующие язве диффузные поражения вносят свои изменения в состояние рельефа слизистой — это эрозии, гастриты, полипы, карциномы. Важными в дифференциальной диагностике язв является выраженность желудочных полей и их распространенность вплоть до самого края язвенного дефекта.

При каллезных язвах желудочные поля четко вырисовываются только до зоны периаульцерозного инфильтрата, причем нами установлено, что этот инфильтрат носит асимметричный характер. По границе выявления желудочных полей определяются форма и направление периаульцерозного инфильтрата.

При язвах, осложненных стенозом, отмечаются уплотнение, смазанность желудочных полей и нередко эрозия слизистой.

Мы располагаем результатами наблюдений 57 случаев рака желудка в язвенном очаге, при которых желудочные поля изучали в проходящем свете. Нами установлено, что процесс озлокачественного превращения наблюдается в зоне периаульцерозной фибротизации большой протяженности; желудочные поля в зоне фибротизации схожи с изменениями при ригидном антральном гастрите.

Стойкие зоны затенения, лишенные рисунка желудочных полей, могут соответствовать раковой инфильтрации (то, что в терминологии рентгенологов является «зоной аперистальтики»).

При исследовании стенки в проходящем свете нами были выявлены участки небольших затенений (рубцов после заживших эрозий и язв), как правило, лишенных желудочных полей.

Желудочные поля в зоне периаульцерозных инфильтратов не дифференцируются, они поглощаются затенениями, связанными с рубцовоизмененным слоем. В других отделах желудочные поля не имеют особенностей. В рубцовом же слое на фоне затенения определяются тесно прилегающие друг к другу желудочные поля, местами они настолько сливаются между собой, что нельзя определить очертаний отдельных желудочных полей. Естественно, что раковая инфильтрация исключает возможность их дифференциации.

Как возникает не столько из язвы, как это обычно описывается, сколько в периаульцерозной зоне, представляющей собой поле фибротизации, склероза и рубцовых изменений.

Рубцовая патология может привести к деформации желудочных полей. Местами они

сливаются, формируя более круглые затенения из прилегающих друг к другу желудочных полей. Одни из них представляются более крупными, другие — меньших размеров. В таком случае можно констатировать атипизм желудочных полей, не связанных с опухолевой патологией.

Нами впервые описана патология желудочных полей в зоне, прилегающей к краю опухоли. Картина желудочных полей в этой области существенно отличается от желудочных полей, расположенных подальше, что выражается в более интенсивном затенении стенки в прилегающих отделах. Местами пограничные линии между отдельными желудочными полями теряются или не дифференцируются вообще.

Анализ структуры элементов, составляющих рельеф слизистой оболочки при полипозе, в проходящем свете показал, что «микрополипы» являются гиперплазированными желудочными полями, которые независимо от их величины повсюду отделяются друг от друга четко определяемыми белесыми лимфатическими сосудами. Признаком такой гиперплазии желудочных полей в начальной стадии микрополипоза выступает их полиморфизм.

Мы располагаем результатами наблюдений 280 случаев рака желудка, при которых изучали желудочные поля. По анатомическим формам они распределялись следующим образом: малый рак (20), плоский (12), бляшкообразный (59), экзофитный, или полипообразный (14), язвенная форма рака (19), язвенно-инфильтративный рак (30), диффузно-инфильтративный (22), переходный (14), рак, развившийся из хронической язвы и послеязвенного рубца (57), рак на фоне полипоза (24), озлокачественный полип (9). В 11 случаях рак сочетался с другой очаговой патологией.

В зависимости от анатомической формы рака желудка желудочные поля могут быть представлены в самом различном виде. Для экзофитных форм рака наиболее характерна атрофия желудочных полей — уменьшение в размерах, уплощение, нечеткость, сглаженность. При инфильтративных формах рака желудочные поля или деформируются, или сглаживаются, но и в том, и в другом случае они не дифференцируются.

Исследование желудочных полей в норме и при различных патологических процессах в желудке показано, что при гастрите, язвенной болезни желудка, раке различной анатомической формы они имеют соответствующие изменения, служащие дифференциально-диагностическим критерием, при неэпителиальных опухолях желудочные поля вокруг очага поражения не изменены.

Поступила 10.04.89.

НОВЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

В. А. Кузнецов, Б. Л. Еляшевич, А. Ф. Агеев, И. В. Федоров

Кафедра хирургии (зав.— проф. В. А. Кузнецов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

Мы проанализировали опыт хирургического лечения с 1965 г. 2000 больных язвенной болезнью. Главный итог исследования можно свести к двум основным положениям:

1) проблему оперативного лечения гастродуоденальных язв нельзя решить с помощью однозначной унифицированной хирургической методики;

2) дальнейший прогресс в хирургическом лечении гастродуоденальных язв следует ожидать на пути объективизации показаний к ранней операции, интенсификации предоперационной подготовки, совершенствования методических подходов к оперативным вмешательствам и их технического решения.

Применение местного трансэндоскопического лечения у 300 больных с терапевтическими резистентными язвами позволило увеличить процент зарубцевавшихся язв с 68 до 86,6 при одновременном сокращении срока госпитального периода на $22,4 \pm 1,3$ койко-дня. Поэтому лечебная эндоскопия должна стать неотъемлемой частью комплексного лечения язвенной болезни. В целях ускорения заживления язвы и реабилитации больных диагностическую эндоскопию следует переводить в лечебную. Субмукозное введение 0,5% раствора новокаина по малой кривизне желудка от его угла до пищевода (В. А. Кузнецов, Р. Ш. Сафин) можно рассматривать как средство неспецифической патогенетической терапии. Его эффект усиливается при сочетании с эндоскопической санацией язвенной поверхности и перифокальной инъекцией одного из репарантов. При отсутствии службы эндоскопии местное лечение дуоденальной язвы с успехом может быть осуществлено способом прицельного дробного орошения лечебными препаратами через зонд-ирригатор (В. А. Кузнецов). Полагаем, что независимо от длительности заболевания отрицательный непосредственный результат местного лечения при комплексной терапии язвенной болезни и ранние рецидивы язвы следует считать абсолютным показанием к хирургическому вмешательству.

До 1970 г. доминирующей операцией была резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гоффмейстера — Финстерера. Однако результаты этой операции находятся в тесной зависимости от вариантов ее исполнения. Сравнительное исследование показало, что этот вид резекции в классиче-

ском исполнении далек от совершенства в связи с большим процентом осложнений и летальности. Так, кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта встретилось в 2,6% наблюдений, анастомозит — в 14,6%, несостоятельность дуоденальной культи — в 3%, летальность же в различные годы колебалась от 6 до 10%.

От классической методики выгодно отличается вариант резекции с межкишечным соустьем, выполненным электрохирургическим асептическим способом, разработанным у нас в клинике Р. К. Харитоновым. Однако демпинг-синдром наблюдается при этом способе столь же часто, как и при классическом варианте операции.

Дальнейшей разработкой в этом направлении явилась оригинальная методика операции по Б. Л. Еляшевичу. Принципиальное ее отличие от других прототипов заключается в том, что гастроэнтероанастомоз на предельно короткой петле формируется анизоперистальтически между большой кривизной культи желудка и флексурным отделом тощей кишки после рассечения связки Трейца. Преимущества такой операции заключаются в следующем:

1) конструкция анастомоза способствует включению части двенадцатиперстной кишки в акт пищеварения;

2) нижний латеро-латеральный анастомоз без «шпоры» исключает возможность формирования синдрома приводящей петли;

3) формирование анастомоза с большой кривизной культи желудка, где имеются особенности сосудистой архитектоники и сосуды лигированы в процессе мобилизации органа, практически исключает кровотечение из шва, наложенного аппаратом НЖКА;

4) операция выполняется в более короткое время благодаря использованию сшивающих аппаратов (рис. 1).

Операция достаточно надежно предупреждает развитие анастомозита и демпинг-синдрома. Из 308 вмешательств несостоятельность дуоденальной культи встретилась лишь в 4 наблюдениях.

Период с 1972 по 1978 г. характеризовался отходом от резекции желудка по Бильрот-II в пользу наложения прямого гастродуоденального анастомоза. У 76% оперированных больных были отличные и хорошие результаты при летальности, равной 1,1%. Однако все возрастающая частота выявления различных форм хронической дуо-

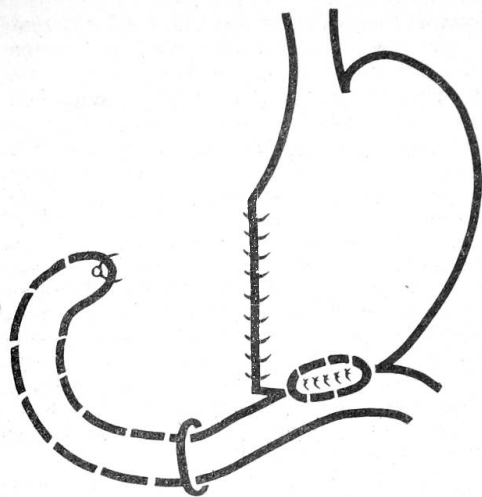


Рис. 1. Способ резекции желудка с наложением нижнего анзоперистальтического гастроэнтероанастомоза на предельно короткой петле.

денальной непроходимости (ХДН), неблагоприятные топографо-анатомические условия, нередко сопутствующие осложненным формам язвенной болезни, явились главной причиной летальных исходов и постгастро-резекционных синдромов. Все это побудило вновь пересмотреть вопросы хирургической тактики.

С 1979 г. показания к хирургическому лечению строго индивидуализированы на основе учета данных клинической формы болезни, ее осложнений, вариантов течения и результатов многопланового комплексного исследования функционального состояния желудка, двенадцатиперстной кишки и смежных органов. С целью улучшения исходов операции предшествует интенсивное консервативное лечение, направленное на ликвидацию воспалительного процесса, гастродуоденальной дисмоторики и нивелирование агрессивного действия кислотно-пептического фактора. Подтверждена эффективность местного трансэндоскопического лечения как средства предоперационной подготовки больного.

Основным видом хирургического лечения терапевтически резистентных и осложненных дуоденальных язв стала органосберегающая операция, компонентом которой является ваготомия. При сочетанных и множественных язвах с пенетрацией в поджелудочную железу или гепатодуоденальную связку способом выбора считаем селективную ваготомию в комбинации с антрумрезекцией.

Сотрудником клиники доцентом А. Ф. Агеевым был разработан и применен у 39 больных модифицированный способ надпривратниковой резекции желудка «на выключение».

В отличие от известных способов

после демуккозации дистальной культы желудка мышечно-серозный футляр ушивают последовательно внутренними кистетными швами до полного замыкания ее канала (рис. 2). При осложнении язвы массивным перифокальным инфильтратом разработана и внедрена в клиническую практику трехкомпонентная органосберегающая операция:

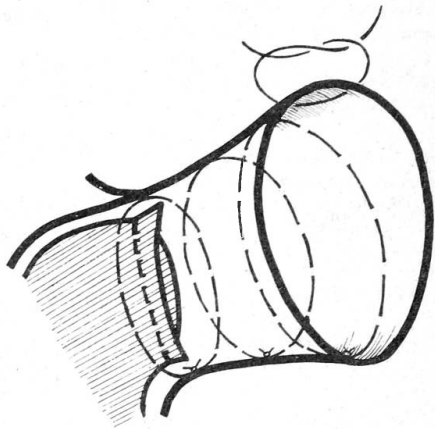


Рис. 2. Способ надпривратниковой резекции желудка «на выключение».

надпривратниковая заглушка механическим швом, селективная ваготомия, формирование нижнего анзоперистальтического анастомоза на предельно короткой петле, так как он обеспечивает наиболее полноценное дренирование, устраняет ХДН и достаточно эффективно предотвращает возникновение демпинг-синдрома (рис. 3).

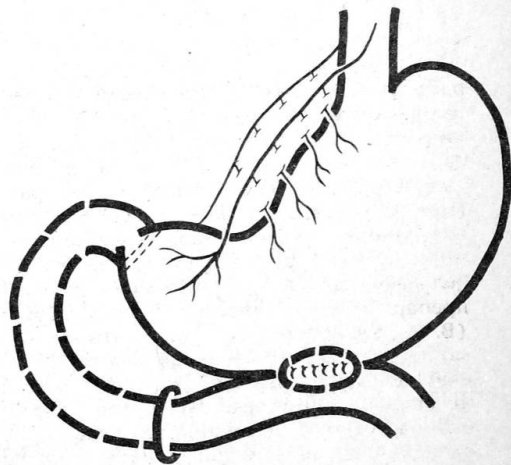


Рис. 3. Трехкомпонентная органосберегающая операция: надпривратниковая заглушка механическим швом, селективная ваготомия, формирование нижнего анзоперистальтического анастомоза на предельно короткой петле.

Селективная проксимальная ваготомия как самостоятельная операция занимает самое скромное место в структуре наших оперативных вмешательств, так как практически к нам не поступают больные с неосложненными язвами и гипервагальным типом секреции. Выполнение такой операции при гиперпанхлоргидрии в наших наблюдениях неизменно сопровождалось ранним рецидивом язвенной болезни.

При субкомпенсированных стенозах пилородуоденального канала в деле профилактики постваготомического гастростаза неоценимую помощь оказывает разработанная нами методика временной минимальной гастродуоденостомии на протяжении с использованием круглой связки печени. При этом отмечено более легкое послеопера-

ционное течение. К тому же она позволяет проводить раннее энтеральное питание и местное лечение дуоденальных язв в послеоперационном периоде.

В заключение следует отметить, что ваготомию мы не рассматриваем как альтернативу резекции. В частности, при лечении желудочных язв резекция была и остается способом выбора. Однако первый опыт проведения органосберегающих привратникосохраняющих операций без применения ваготомии показал, что эти операции также имеют реальные перспективы. Следовательно, необходимо и далее совершенствовать методы оперативного лечения и прежде всего не только с технических, но и с методологических позиций.

Поступила 20.10.88.

УДК 616.34—002.44—006.5—072.1—089.8

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА

Ю. В. Васильев, Л. И. Болдырева

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии (директор — акад. АМН СССР, проф. А. С. Логинов), Москва

Известно, что заболевания верхних отделов пищеварительного тракта могут сочетаться. Поэтому своевременная диагностика основной и сопутствующей патологии, а также лечение больных с учетом этих заболеваний имеют важное практическое значение. В частности, до настоящего времени не ясен ряд моментов относительно язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, которая может сочетаться с полипозом желудка. Как часто сочетается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с полипами желудка? Следует ли удалять полипы желудка у таких больных, учитывая возможность их злокачественного происхождения, и возможно ли перерождение полипов желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки? Целесообразно ли удаление полипов желудка в периоде обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопической полипэктомии желудка?

В начальном периоде работы нами проанализированы безвыборочно результаты 20965 эндоскопических исследований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, выполненных одномоментно при обследовании так называемых гастроэнтерологических больных. Сочетание полипов желудка с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (язва луковицы двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенная деформация луковицы по эндоскопическим данным) было отмечено в 18 (0,086%) случаях. Однако анализ, произведенный только среди больных язвен-

ной болезнью, показал, что сочетание язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и полипов желудка встречается значительно чаще (3,6%).

В настоящем сообщении мы проанализировали результаты обследования и лечения 39 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у которых при эндоскопическом исследовании выявлены полипы желудка. Больные были в возрасте от 23 лет до 61 года, среди них было 26 мужчин и 13 женщин. Продолжительность заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляла от одного года до 16 лет. Большинство больных (36) поступили в ЦНИИ гастроэнтерологии в периоде ухудшения своего состояния. При поступлении эти больные жаловались на боли различной интенсивности и продолжительности, возникающие в пилородуоденальной и (или) эпигастриальной областях, а также на диспептические расстройства — изжогу, отрыжку, горечь в полости рта, метеоризм, задержку стула. При эндоскопическом обследовании у 14 из 36 больных в луковице двенадцатиперстной кишки на фоне обострения дуоденита была выявлена язва. У остальных 22 из 36 больных, поступивших в ЦНИИ гастроэнтерологии с указанными выше жалобами, была обнаружена рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки на фоне обострения дуоденита (отек и гиперемия слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки, у отдельных больных — и ее нисходящей части). При

этом у 2 больных имели место множественные эрозии в луковице двенадцатиперстной кишки и у одного — в желудке (6). У всех 36 больных на фоне различной выраженности и протяженности хронического гастрита были полипы желудка (у 33 — по одному полипу, у 3 — по 2—3). Полипы были полушаровидной и шаровидной формы, размерами от 0,4 см до 1,5 см. У 7 больных отмечено поверхностное изъязвление полипов (плоское дно, покрытое беловатым фибриновым налетом с ровными краями). Размеры изъязвлений — около 0,2 см. У большинства обследованных поверхностные изъязвления полипов желудка были одиночными. Лишь у одного из 14 больных в луковице двенадцатиперстной кишки были выявлены две язвы округлой формы размерами от 0,3 см до 1 см, и у 2 больных было от 4 эрозий до множественных (в луковице двенадцатиперстной кишки).

Специально для проведения эндоскопических полипэктомий желудка в ЦНИИ гастроэнтерологии поступили 3 пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у которых в этом периоде жалоб не было. При эндоскопическом обследовании у всех больных была обнаружена рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (без эрозий и язв) без диффузных признаков, считающихся характерными для обострения дуоденита (отек, гиперемия слизистой оболочки и др.). У одного из 3 пациентов выявлен один полип желудка, у 2 — 2 полипа. Форма полипов полушаровидная и шаровидная, размеры — от 0,6 до 1 см. У одной из этих больных отмечено поверхностное изъязвление 2 полипов (ровные края и дно, покрытое беловатым фибриновым налетом).

Из представленных выше данных видно, что клинические признаки ухудшения состояния (боли и диспептические расстройства) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с полипами желудка, могут определяться как при язве в луковице двенадцатиперстной кишки, так и без нее. Клиническая картина заболевания у этих больных была обусловлена обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а не собственно наличием полипов в желудке (хотя у части больных в момент обследования и не было язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, однако у них констатированы рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и эндоскопические признаки обострения дуоденита). Как отмечалось выше, наличие изъязвлений на вершине 2 полипов у одной больной также не вызывало с ее стороны никаких жалоб.

Эндоскопическая электроэксцизия в сочетании с электрокоагуляцией основания полипа была проведена у 27 из 39 больных; у 3 больных произведена фотокоагуляция

полипов с применением излучения лазера на алюмоитриевом гранате по методикам, опубликованным ранее [1—3]. Все больные перенесли эндоскопическое исследование и удаление полипов желудка вполне удовлетворительно, осложнений не было.

Опыт выполнения эндоскопических полипэктомий желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показал, что эндоскопическую полипэктомию желудка у таких больных можно успешно осуществлять не только в периоде ремиссии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, но и в периоде ее обострения. Однако полипэктомию желудка, по нашему мнению, целесообразно производить после исчезновения выраженных болей в пилорoduodenальной и (или) эпигастриальной областях на фоне обычного консервативного лечения язвенной болезни (холинолитики, антациды, седативные препараты). Проведение эндоскопических полипэктомий желудка не вызвало обострения язвенной болезни у больных без жалоб и не привело к ухудшению субъективного состояния больных в периоде обострения язвенной болезни, соответственно не повлияло и на увеличение сроков их пребывания в стационаре.

Как известно, в основе образования, рассматриваемого эндоскопически как полип, может быть различный патоморфологический субстрат: аденоматозный и фиброзный полипы, фовеолярная гиперплазия, эозинофильная гранулома, ксантоматоз. В настоящее время высказываются различные мнения о возможности злокачественного перерождения тех или иных полипов желудка. Так, одни авторы [5] не обнаружили злокачественного перерождения аденоматозных полипов ни в одном случае из 238 наблюдений, другие же [6] считают, что хотя аденоматозные полипы не имеют тенденции к злокачественному перерождению, однако возможно озлокачествление гиперплазиегенных полипов, в частности, в 14,8% случаев [4].

При гистологическом изучении материалов множественных прицельных биопсий полипов желудка и материалов, извлеченных после эндоскопической полипэктомии, было установлено, что у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки морфологическое строение полипов различно: фовеолярная гиперплазия, гиперпластический полип, аберрантная поджелудочная железа. Мы не наблюдали злокачественного перерождения полипов желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (вполне возможно, что это объясняется относительно небольшим количеством наблюдений, в том числе и гиперпластических полипов желудка — у $\frac{1}{3}$ больных).

Осложнений при проведении эндоскопических полипэктомий у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки не было.

ВЫВОДЫ

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки сочетается, по нашим данным, с полипами желудка в 3,6% случаев.

2. Эндоскопическая полипэктомия желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки целесообразна с диагностическими, лечебными и профилактическими целями.

3. Эндоскопическую полипэктомию желудка можно проводить как в периоде ремиссии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, так и в периоде обострения заболевания после исчезновения выраженных болей в эпигастральной и (или) пилородуоденальной области.

4. Удаление полипов желудка ни в одном случае не привело к обострению язвенной

болезни двенадцатиперстной кишки или к осложнению течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю. В., Матвеев Н. К., Неугодов В. В. и др.//В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии.— М., 1976.
2. Логинов А. С., Басов Н. Г., Васильев Ю. В. и др.//В кн.: Инструментальные методы в гастроэнтерологии.— М., 1986.
3. Логинов А. С., Васильев Ю. В., Ступницкая Е. Е.//В кн.: Неотложная хирургия груди и живота.— Воронеж, 1987.
4. Davaris P., Petraki K.//Patol. Res. Pract.— 1986.— Vol. 181.— P. 385—389.
5. Justabo E., Quion L., Levillain P. et al.//Ann. Anat. pathol.— 1987.— Vol. 7.— P. 106—112.
6. Seifert E., Gail K., Weismuller J.//Endoscopy.— 1985.— Vol. 15.— P. 8—11.

Поступила 24.03.89.

УДК 616.24—007.63—053.1

ВРОЖДЕННАЯ ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

М. Р. Рокицкий, Р. В. Хабибуллина, В. Н. Порываева, П. Н. Гребнев

Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Врожденная лобарная эмфизема, или прогрессирующая эмфизема новорожденных, — это такой порок развития, который связан с неполной проходимостью бронха и образованием в нем клапанного механизма в результате дефектов развития хрящевой ткани и обусловлен он сегментарным или долевым вздутием легочной паренхимы [2]. Наиболее рациональным, очевидно, следует признать термин «врожденная локализованная эмфизема», так как при этом заболевании могут поражаться не только одна доля, но и отдельные сегменты, несколько долей. Встречается оно у детей относительно редко, поэтому причины его возникновения до настоящего времени изучены недостаточно. В связи с редкостью заболевания, а также немногочисленными публикациями возможны диагностические ошибки и неблагоприятные исходы.

С 1968 по 1988 г. в нашей клинике находились на лечении 17 детей в возрасте от 14 дней до 13 лет с врожденной локализованной эмфиземой легких. Распределение детей по возрасту и полу приведено в табл. 1.

Таким образом, большинство детей поступили в стационар в возрасте до 6 мес. В отличие от большинства авторов нами отмечено, что врожденная локализованная эмфизема возникает чаще у девочек.

Объем поражения у наблюдаемых нами больных представлен в табл. 2.

Таким образом, у 9 детей были поражены одна доля, у 2 — один сегмент, у 6 больных поражение было комбинированным.

По клиническим проявлениям у 6 детей наблюдалась декомпенсированная форма врожденной локализованной эмфиземы. Она

Таблица 1

Распределение детей с врожденной локализованной эмфиземой по возрасту и полу

Возраст детей	Мальчики	Девочки	Всего
14—30 дней	5	1	6
2—3 мес.	1	1	2
3—6 мес.	—	2	2
1—3 года	1	2	3
4—7 лет	—	2	2
8—13 лет	—	2	2
Всего	7	10	17

Таблица 2

Объем поражения и сторона поражения легких у детей с врожденной локализованной эмфиземой

Объем поражения	Сторона поражения легких		Всего
	правая	левая	
Задний сегмент	1	—	1
Верхний сегмент	—	1	1
Верхняя доля	3	2	5
Верхняя доля + язычковые сегменты	2	3	5
Верхняя + нижняя доли	1	—	1
Средняя доля	2	—	2
Нижняя доля	1	1	2
Итого	10	7	17

характеризовалась прогрессирующим нарастанием острой дыхательной недостаточности. Больные поступали в клинику в крайне тяжелом состоянии, у всех имели место выраженное тахипноэ, нарастающий цианоз, периодические приступы резкого цианоза и «кряхтящее» дыхание. Грудная клетка на стороне поражения выбухала, дыхательные экскурсии отсутствовали. При перкуссии органов грудной клетки определялось резкое смещение органов средостения в здоровую сторону, перкуторный звук на стороне поражения был коробочным, дыхание при аускультации не выслушивалось или было резко ослабленным (у 2).

Обзорные рентгенограммы органов грудной клетки показывали резкое повышение прозрачности легочного поля на стороне поражения, значительное смещение органов средостения в здоровую сторону. В зависимости от поражения верхней или нижней доли смещение органов средостения было более выраженным или в верхнем отделе, или в нижнем. Межреберные промежутки были расширены на стороне поражения.

Все дети прооперированы по экстренным показаниям. У 5 детей послеоперационное течение было гладким. Один ребенок умер в послеоперационном периоде от присоединившихся гнойных осложнений.

Приводим наблюдение.

В., 14 дней (масса тела — 1800 г), поступил в клинику в крайне тяжелом состоянии 14.01.1983 г. с диагнозом: токсическая пневмония. После рождения у ребенка наблюдался цианоз, который нарастал при кормлении и беспокойстве. Периодически отмечались резкие приступы цианоза.

Состояние больного при поступлении в клинику было крайне тяжелым. Имели место выраженная дыхательная недостаточность, цианоз, частота дыхания достигала 98 уд. в 1 мин. В акте дыхания участвовали все вспомогательные мышцы. Левая половина грудной клетки выбухала, в акте дыхания не участвовала. При перкуссии слева по всем легочным полям выслушивался коробочный звук, органы средостения были резко смещены вправо, верхушечный толчок сердца определялся в правой подмышечной области. При аускультации дыхание слева не выслушивалось.

На обзорной рентгенограмме — значительное повышение прозрачности левого легкого, медиастинальная грыжа в верхних отделах, легочный рисунок почти не прослеживается. Выраженное смещение органов средостения вправо. Правое легкое уменьшено в объеме, пневматизация его понижена.

Диагноз: врожденная локализованная эмфизема верхней доли левого легкого. По экстренным показаниям произведена переднебоковая торакотомия в пятом межреберье слева. В рану выбухала резко увеличенная в объеме верхняя доля левого легкого, язычковые сегменты не были изменены. Верхняя доля, хрустящая на ощупь, занимала всю плевральную полость, в акте дыхания не участвовала. Удалена верхняя доля с раздельной обработкой элементов корня. Установлен дренаж. После операции оставшиеся сегменты левого легкого расправились, органы средостения заняли обычное положение. Послеоперационное течение было гладким. Наступило выздоровление.

Гистологическое исследование: в ткани удаленной части легкого альвеолярные перегородки резко истончены, во многих местах они отсутствуют. Бронхи выстланы инородным эпителием. Заключение: врожденная локализованная эмфизема.

Субкомпенсированная форма врожденной локализованной эмфиземы была диагностирована у 7 детей в возрасте от 2 мес до 3 лет. Клинические проявления заболевания у больных этой группы были менее выраженными. В анамнезе — тахипноэ, периодические проявляющийся цианоз, особенно при физической нагрузке, иногда приступы кашля. Дети были неоднократно лечены у педиатров по поводу простудных заболеваний. При обследовании органов грудной клетки были обнаружены рентгенологические симптомы, соответствовавшие врожденной локализованной эмфиземе, но менее значительные. У детей данной группы мы не наблюдали резкого смещения органов средостения в здоровую сторону, медиастинальной грыжи; повышение прозрачности пораженной части легкого было менее выраженным. При субкомпенсированной форме легочная паренхима была поражена меньше, чем при декомпенсированной форме. Всем детям с целью уточнения диагноза было проведено бронхологическое исследование. Больных прооперировали в плановом порядке. Послеоперационное течение у всех детей было гладким.

Компенсированная форма врожденной локализованной эмфиземы наблюдалась у 4 детей в возрасте от 4 до 13 лет. Клинические проявления у них были очень скудными. Основной жалобой являлся сухой кашель. Дети состояли на учете у участковых педиатров по поводу хронической пневмонии, поступили в клинику на бронхологическое обследование. Полное клиническое, рентгенологическое и бронхологическое обследование выявило врожденную локализованную эмфизему. Больные были прооперированы. Отмечалось их выздоровление.

Окончательный диагноз локализованной эмфиземы ставят на основании рентгенологического обследования, когда обзорные рентгенограммы показывают смещение средостения в здоровую сторону и повышенную прозрачность легочной ткани на стороне поражения. По нашим наблюдениям, клиническая форма заболевания зависит от объема поражения легочной паренхимы.

Дифференциальную диагностику локализованной эмфиземы и пневмоторакса или напряженных кист легких может облегчить послонная томография, выявляющая нежный легочный рисунок на фоне повышенной прозрачности. Мы согласны с мнением Ю. А. Водлазова [1], считающего, что при декомпенсированной форме локализованной эмфиземы применение бронхографии и ангиопульмографии показаны лишь в тех случаях, когда другие методы исследования не дают убедительных данных для уточнения диагноза. Так,

необходимость выполнения неотложной бронхографии возникла у 3 из 17 больных. У них была произведена поднаркозная одномоментная двусторонняя бронхография с предшествующей бронхоскопией. Бронхограммы подтвердили наличие врожденной локализованной эмфиземы.

Врожденную локализованную эмфизему иногда приходится дифференцировать с викарной эмфиземой при инородных телах трахеобронхиального дерева, симулирующей врожденное заболевание. Тщательное обследование позволяет уточнить диагноз и выбрать рациональную лечебную тактику. Большое значение при этом придается неотложному бронхоскопическому обследованию для обнаружения и устранения причины вентильного механизма (полип, инородное тело и др.). Хочется отметить, что использование метода временной окклюзии бронха по Рафински — Гераскину может облегчить состояние ребенка, уменьшить степень дыхательной недостаточности, так как соответственно прекращается поступление воздуха в пораженную долю легкого, имеющийся воздух рассасывается, и объем пораженной доли постепенно уменьшается. Это показано в одном из наших наблюдений. Следовательно, в некоторых случаях, когда оперативное вмешательство по каким-либо причинам не может быть выполнено, временная бронхиальная окклюзия может стать подготовительным этапом к операции.

Особенности выполнения неотложной торакотомии при врожденной локализованной эмфиземе заключается в том, что ее необходимо производить быстро, так как с началом искусственной вентиляции легких пораженная доля или сегменты еще более увеличиваются и ведут к возрастанию внутригрудного напряжения. Поэтому окончательный гемостаз раны проводят после открытия грудной клетки. Вскрытие плевральной полости осуществляют осторожно, так как при этом можно легко повредить перерастянутую паренхиму пораженных сегментов. В сложных случаях (тяжелое состояние больного, необходимость быстрого завершения операции и т. п.) оправдана обработка корня напряженной доли (после четкой ориентации и его выделения) аппаратом УКЛ-40, УУС ап massae с последующим дополнительным обшиванием культи обвивными швами.

Все дети были радикально прооперированы. Проведены следующие операции: лобэктомия (у 9), сегментозектомия (у 2), комбинированные резекции (у 5), пульмонэктомия (у 1). У ребенка 8 мес, которому была произведена пульмонэктомия, были поражены верхняя и нижняя доли правого легкого. Поскольку оставшиеся неизменными 2 сегмента не могут заполнить плевральную

полость, легкое было удалено полностью.

16 детей выписаны в удовлетворительном состоянии. Один больной умер в послеоперационном периоде от присоединившихся гнойных осложнений. Отдаленные результаты прослежены у всех детей.

Необходимо остановиться на следующих диагностических и лечебных ошибках, которые наблюдались в нашей клинике. Лишь у 3 из 17 детей диагноз оказался правильным, и они были незамедлительно направлены педиатрами в детское хирургическое отделение. Остальные больные получали разное по продолжительности и интенсивности лечение по поводу острых и хронических пневмоний, и только хирург-пульмонолог во время консультации заподозрил у них наличие врожденной локализованной эмфиземы. Дети поступали со следующими направительными диагнозами: ателектазом легкого (5), пневмотораксом (3), напряженной кистой легкого (3), пневмонией (5), декстрокардией (1).

У 3 детей дежурные хирурги попытались произвести плевральные пункции, однако воздуха при этом не получили.

ВЫВОДЫ

1. Врожденная локализованная эмфизема у детей часто проявляется острой дыхательной недостаточностью и требует неотложного хирургического вмешательства.

2. Основными диагностическими признаками являются смещение органов средостения в противоположную сторону, резкое ослабление дыхания на стороне поражения; рентгенологически — гипервентиляция пораженного отдела легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, медиастинальная грыжа, расширение межреберных промежутков на стороне поражения.

3. Наиболее сложна дифференциальная диагностика врожденной локализованной эмфиземы и пневмоторакса, напряженных кист легкого, ателектаза противоположного легкого.

4. Метод временной бронхиальной окклюзии по Рафински — Гераскину позволяет облегчить состояние больного, устранить нарастание внутрилегочного напряжения, являясь подготовительным этапом к радикальной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водолазов Ю. А. // Врожденная локализованная эмфизема легких у детей. — Автореф. канд. дисс. — Ярославль, 1971.
2. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Гераскин В. И. // Руководство по торакальной хирургии у детей. — М., Медицина, 1978.

Поступила 02.02.89.

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ МЕСТНОГО ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА

Т. П. Лебедева, О. Б. Бегишев, А. В. Конычев, Л. М. Власова

*Кафедра оперативной хирургии (зав.— заслуж. деят. наук РСФСР, проф. С. А. Симбирцев)
Ленинградского института усовершенствования врачей, больница № 5 (главрач — Л. Д. Пантелева),
Ленинград*

Увеличение в последнее десятилетие числа больных с гнойными заболеваниями обусловлено аллергизацией населения, ростом числа больных с сахарным диабетом, появлением ассоциаций микробной флоры с высокой вирулентностью и ростом количества антибиотикоустойчивых форм. Для достижения клинического эффекта приходится увеличивать терапевтические дозы антибиотиков, в то время как они сами являются токсичными и снижают показатели иммунитета, повышая восприимчивость организма к инфекции [1]. При традиционных способах введения антибиотиков не всегда способны подавлять рост и размножение микроорганизмов. Известно, что локализация и распространение микроорганизмов происходят главным образом в лимфатической системе. Поэтому сегодня наиболее рациональным и эффективным является метод эндолимфатического введения антибиотиков, с помощью которого удается создавать достаточную концентрацию антибиотика в гнойно-воспалительном очаге и окружающих тканях в течение суток после однократного введения одноразовой терапевтической дозы.

Антибиотики воздействуют на микробы непосредственно в лимфатической системе, в лимфатических узлах. Они обратимо связываются лимфоцитами, которые доставляют их в зону воспаления. Антибиотики увеличивают количество иммуноглобулинов, усиливают барьерную функцию лимфатической системы [2—4].

Прямые методы антеградного введения антибиотиков в лимфатические сосуды стопы, голени, кисти, в паховые лимфоузлы требуют, по мнению большинства авторов, применения микрохирургической техники, оптического увеличения и строго дозированного введения препарата с помощью автоинъектора со скоростью 10 мл/ч или вручную со скоростью 0,5 мл/мин, иначе возможно повреждение лимфатического сосуда.

В 1984 г. Ю. М. Левиным был предложен метод непрямой эндолимфатической терапии антибиотиками, который получил экспериментальное и клиническое обоснование. Клинические результаты совпали с данными об использовании прямого метода. В качестве лимфотропных веществ, способствующих попаданию антибиотика в лимфатическое русло, применяли лидазу, трипсин, хи-

мотрипсин, химопсин. Инъекции производили подкожно в среднюю треть наружной поверхности голени, на нижнюю треть бедра накладывали на 2 ч манжетку от аппарата Рива — Роччи, создавая в ней давление до 5,3 кПа.

Нами для лечения больных с рожистым воспалением была использована оригинальная методика непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии [5]. Кожную складку в I межпальцевом промежутке на стопе или кисти обрабатываем спиртом. Антибиотик разводим не менее чем в 15 мл 0,25—0,5% раствора новокаина. При меньшем разведении возможно появление инфильтратов, для ликвидации которых достаточно полупиретических компрессов и физиотерапии. При наличии инфильтратов последующие инъекции производить не рекомендуем. Лекарство вводим иглой для внутримышечных инъекций строго по межпальцевой складке по направлению к тыльной поверхности на глубину не более 1 см и обязательно медленно, при этом неприятных ощущений у больных не возникает, не бывает и механических повреждений тканей.

В качестве лимфотропного вещества используем новокаин, который удлиняет действие антибиотиков, прерывает поток болевых импульсов к коре головного мозга, улучшает трофику лимфатической стенки, восстанавливает проницаемость капилляров, нормализует лимфообращение [4].

Мы применяли метод непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии у 710 больных при лечении гнойных заболеваний мягких тканей (с рожистым воспалением было 400 больных, с эризипелоидом — 42, с панарициями и флегмонами кистей — 120, с постинъекционными абсцессами и флегмонами — 122, с фурункулами и карбункулами — 28, с гидраденитом — 26, с трофическими язвами — 12). Поскольку результаты чувствительности микроорганизмов к антибиотикам получали на 3-й день, использовали антибиотики широкого спектра действия: пенициллин в дозе 1 млн. и полусинтетические препараты этой группы (метициллин, оксациллин, ампиокс) в дозах 0,5—1,0 г/сут. Антибиотики начинали вводить уже при поступлении, после адекватного хирургического пособия, при выраженности местного процесса и интоксикации. Больным с рожистым воспалением, эризипелоидом и

при наличии лимфангоита и лимфаденита антибиотики назначали независимо от формы и стадии воспалительного процесса.

У 75 больных с тяжелой степенью интоксикации эндолимфатическую терапию сочетали с внутримышечным и внутривенным введением того же антибиотика или антибиотика другой группы после получения антибиотикограммы. Инъекции выполняли в перевязочной, что давало возможность оценивать не только общее состояние, но и местный воспалительный процесс. Сначала эту процедуру выполняли врачи, затем были обучены перевязочные сестры. Основными условиями считали медленное введение препарата и строгое соблюдение асептики. Введение антибиотиков и местное лечение сочетали с физиотерапией и иммуностимуляцией. При показаниях назначали терапию, необходимую для коррекции сопутствующей патологии.

Уже после первых инъекций антибиотика у больных снижалась температура, уменьшались боль, отек, гиперемия в области раны, улучшалось общее самочувствие. Особенно яркая положительная динамика отмечалась у больных с эризипелоидом, лимфангоитом, лимфаденитом и эритематозной формой рожистого воспаления.

Критерием эффективности считали первые 3 инъекции. Если в течение 3 дней положительной динамики не наблюдалось, дальнейшее введение антибиотика считали нецелесообразным. Таких больных было 8.

Уже после 3—7 инъекций раны очищались, что послужило поводом у 92 больных к наложению вторичных швов, а у 44 — к кожной пластике. Прогрессирования процесса не было. Средним курсом эндолимфатической терапии считаем 5 инъекций. Исключение составляют больные с рожистым воспалением, у которых этот метод является профилактикой рецидивов заболевания, поэтому курс лечения должен быть не менее 7—10 дней.

Таким образом, не прямое эндолимфатическое введение антибиотиков с новокаином в I межпальцевой промежутки на стопе или кисти на стороне локализации гнойного очага является эффективным, доступным, экономичным и простым в исполнении методом. Он может быть рекомендован для широкого применения в практике гнойной хирургии, в амбулаторно-поликлинических и военных полевых условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудз И. М. // Клин. хир. — 1988. — № 1. — С. 3—5.
2. Зубарев П. Н., Синенченко Г. И. // Вестн. хир. — 1988. — № 3. — С. 125—127.
3. Левин Ю. М., Буянов В. М., Данилов К. Ю. // Хирургия. — 1987. — № 1. — С. 72—76.
4. Панченков Р. Т., Выренков Ю. Е., Ярма И. В. // Эндолимфатическая антибиотикотерапия. — М., Медицина, 1984.
5. Рождествен В. А., Громов В. В., Киверов С. В. // Клин. хир. — 1987. — № 1. — С. 67.

Поступила 28.12.88.

УДК 616.62—006.6—06:616.61—002.3—089.48

ЧРЕСКОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков, А. Ю. Зубков, М. Э. Ситдыкова

Кафедра урологии (зав. — проф. Э. Н. Ситдыков)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Развитие острого пиелонефрита является частой причиной летальных исходов у больных раком мочевого пузыря. Лечение больных этой категории сопряжено с большими трудностями ввиду их тяжелого состояния, обусловленного сочетанием гнойного и ракового процессов, а также выраженным нарушением пассажа мочи по верхним мочевым путям, что связано с длительным малосимптомным течением рака мочевого пузыря и вследствие этого поздней диагностикой заболевания. В большинстве случаев развитие острого пиелонефрита вызывается обструкцией мочеточников в результате инфильтрирующего роста опухоли, влекущего за собой блокаду интрамуральных отделов и ретенционные изменения в верхних мочевых путях. Причинами развития воспа-

лительных осложнений после оперативного вмешательства по поводу рака мочевого пузыря, как правило, являются операционная травма и дефект выполнения уретероцистостомии.

Под нашим наблюдением находились 14 мужчин в возрасте от 47 до 76 лет с раком мочевого пузыря в стадии T₂ — T₄, в том числе 3 пациента после оперативного лечения (2 — после резекции мочевого пузыря с уретероцистостомией, один — после цистэктомии с созданием искусственного кишечного мочевого резервуара). Вследствие обструкции верхних мочевыводящих путей основное заболевание у всех больных осложнилось возникновением острого пиелонефрита. С целью восстановления оттока мочи из почки была произведена

чрескожная пункционная нефростомия под ультразвуковым контролем, в том числе у 2 больных — с обеих сторон, с помощью ультразвукового томографического скеннера модели SAL35A фирмы «Toshiba» (Япония) и пункционного датчика частотой 5 МГц. При необходимости осуществляли рентгенологический контроль за правильностью установки дренажа. Во всех случаях операцию делали под местной анестезией. С помощью ультразвукового сканирования определяли расположение почки, ее подвижность, состояние паренхимы и параренальной клетчатки, а также степень дилатации чашечно-лоханочной системы. Чрескожную пункционную нефростомию выполняли через поясничную область по заднеаксиальной линии в положении больного на животе, придавая фронтальной оси тела наклон в 25—30°, что позволяет создавать прямой трансрентальный канал.

Непременным условием для успешного наложения нефростомы является создание интрапаренхиматозного канала через задне-наружный отдел нижнего или среднего сегмента почки, благодаря которому можно избежать повреждения сосудов и близлежащих органов и обеспечить стабильность пункционного хода. Глубину вкола предварительно измеряли по координационной сетке ультразвукового изображения после выбора точки пункции и направления движения иглы. С помощью адаптера пункционного датчика производили пункцию чашечно-лоханочной системы иглой, через которую в последующем проводили струну-проводник с гибким концом, контролируя его положение в полостной системе почки при помощи эхографии и рентгенотелескопии.

После расширения пункционного канала бужами возрастающего калибра в лоханку устанавливали дренаж соответствующего диаметра типа «Pigtail», который фиксировали к коже. В послеоперационном периоде больные получали противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию; через нефростому им постоянно промывали чашечно-лоханочную систему раствором антисептика. Срок функционирования чрескожных пункционных нефростом составлял в среднем от 2 нед до 1,5 мес.

Приводим одно из наших наблюдений.

А., 58 лет, поступил в стационар с жалобами на тотальную гематурию со сгустками, дизурию, боли в поясничной области слева, подъемы температуры до 38°.

При поступлении состояние средней тяжести. Язык сухой. Кожные покровы бледные. Частота пульса — 92 уд. в 1 мин. АД — 23,9/13,3 КПа. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье. Печень увеличена, край болезненный. Симптом

Пастернацкого положительный слева. Предстательная железа без особенностей. Дизурия. Тотальная гематурия. Анализ крови при поступлении: СОЭ — 38 мм/ч, л. — $12 \cdot 10^9$ /л, Hb — 1,3 ммоль/л, уровень мочевины — 8,6 ммоль/л, креатинина — 220,3 мкмоль/л.

Экскреторная урография: снижение функции слева, выраженная пиелокаликоэктазия. На цистограмме — дефект наполнения в области левой боковой стенки. Ультразвуковое исследование выявило резкое расширение полостной системы левой почки и опухоль, расположенную на левой боковой стенке мочевого пузыря размером 34×47 мм.

Диагноз: опухоль мочевого пузыря с блокадой устья левого мочеточника, острый левосторонний пиелонефрит, ХПН. С целью устранения суправезикальной блокады и лечения острого пиелонефрита произведена чрескожная пункционная нефростомия слева под ультразвуковым контролем. В послеоперационном периоде состояние больного улучшилось: нормализовалась картина крови, были купированы явления острого пиелонефрита. По нефростомическому дренажу ежедневно выделялось около 850 мм мочи. Через 18 сут больному была выполнена резекция мочевого пузыря с уретеростомией слева.

Послеоперационный период протекал без осложнений, функция нефростомы была удовлетворительной. На 12-е сутки после операции нефростома была удалена, свищ закрылся. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Указанная техника проведения чрескожной пункционной нефростомы под ультразвуковым контролем позволила добиться адекватного дренирования почки и успешно провести лечение острого пиелонефрита у 11 больных. В последующем им была выполнена радикальная операция, при которой наличие функционирующей нефростомы значительно облегчало технику ее выполнения и течение послеоперационного периода. У 2 больных в связи с недостатком опыта на первом этапе освоения метода чрескожной пункционной нефростомы технические ошибки не позволили правильно установить дренаж в полостной системе почки, что потребовало оперативного вмешательства. У одного больного, несмотря на успешное наложение перкутанной нефростомы, наступил летальный исход в результате прогрессирования уросепсиса и наличия отдаленных метастазов.

Таким образом, метод чрескожной пункционной нефростомы под ультразвуковым контролем является надежным и альтернативным методом лечения острого обструктивного пиелонефрита у больных раком мочевого пузыря. Метод обеспечивает адекватное суправезикальное отведение мочи и дает возможность в последующем выполнять радикальное оперативное лечение (резекцию мочевого пузыря, цистэктомию).

Поступила 05.01.89.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДВЕРТЛУЖНОГО «НАВЕСА» ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Д. Л. Акбердина, А. Л. Гиммельфарб, Л. А. Ширизова

Казанский филиал Всесоюзного курганского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия» (директор — доктор мед. наук Х. З. Гафиров)

Диспластический коксартроз относится к числу наиболее часто встречающихся и быстро прогрессирующих форм артрозов. Его лечение уже на ранних стадиях осуществляется оперативно с проведением сложных реконструктивно-восстановительных операций на тазовой и бедренной костях.

В нашем сообщении анализируются результаты применения 32 больным диспластическим коксартрозом операции формирования надвертлужного «навеса» методом ацетабулопластики. Больные были в возрасте от 17 до 45 лет; мужчин было 5, женщин — 27. У большинства больных данной группы имела высокая степень дисплазии тазобедренного сустава: уплощение крыши вертлужной впадины, уменьшение угла Ланца до 25—30°, увеличение шеечно-диафизарного угла до 135—150°, деформация головки бедренной кости со значительным увеличением вертикальных размеров, подвывих и дефицит ее покрытия. Более чем у 50% больных были выраженные дегенеративно-дистрофические изменения в суставных кончах. Клинически у всех больных определялись болевой синдром, прихрамывание, положительный симптом Тренделенбурга, почти у 70% — приводящая и наружная ротационная контрактуры.

В зависимости от показаний, которые оценивали с учетом диспластических и артрозных нарушений в суставе, объем операции ограничивали формированием надвертлужного «навеса» или последнее сочетали с межвертельной остеотомией. В том случае, когда дефицит покрытия головки бедренной кости не превышал по размерам $\frac{1}{4}$ ее окружности, не было фиксированных контрактур, шеечно-диафизарный угол составлял не более 135°, угол антеверсии — 20°, а артроз характеризовался лишь клиническими проявлениями (боли, утомляемость, перемежающаяся хромота), было достаточно образования «навеса» (у 10 больных). Когда же имелись высокая степень диспластических и дегенеративно-дистрофических изменений, фиксированные контрактуры, формирование «навеса» сочетали с межвертельной остеотомией (у 22 больных). У части больных межвертельную остеотомию предпринимали с целью устранения контрактуры и по возможности улучшения конгруэнтности суставных поверхностей, однако в большей части случаев к этому этапу вмешательства прибегали как к методу

патогенетического воздействия на сам артроз.

Формирование надвертлужного «навеса» в сочетании с межвертельной остеотомией начинали с остеотомии, что целесообразно как технически, так и для правильной ориентации при формировании «навеса», особенно если предстоит перемещение центрального отломка — варизация, деротация. Необходимость и характер перемещений отломков бедренной кости при остеотомии определяли по рентгенограммам, сделанным до операции в положении больного стоя, в ответвлении, приведении, внутренней ротации.

В большинстве случаев была выполнена остеотомия с медиализацией и внутренней деротацией отломков. Варизация центрального отломка при операции по поводу коксартроза у взрослых вследствие наступивших стойких деформирующих изменений в суставных поверхностях не всегда возможна, особенно при II—III стадиях артроза и неравномерном сужении суставной щели.

После остеотомии отломки бедренной кости синтезировали фиксатором ангулирующим (Авторское свидетельство № 449714) или пластиной Петуховой — Петрулиса. Остеотомию всегда сочетали с миофасциотомией (тенотомией) подвздошно-поясничной мышцы, приводящих мышц, широкой фасции бедра).

Надвертлужный «навес» формировали по методике Гирголава. При сочетании межвертельной остеотомии с «навесом» разрез мягких тканей, сделанный по наружной поверхности бедра, с уровня основания большого вертела продолжали дугообразно по ходу гребня подвздошной кости. Ягодичные мышцы отслаивали от наружной поверхности крыла подвздошной кости единым блоком. Для формирования костного «навеса» использовали аутооттрансплантат, взятый из всей толщи крыла подвздошной кости вместе с гребнем. Его забавали в паз, сделанный в подвздошной кости по краю крепления капсулы сустава на глубину 1,5—2 см, над наиболее выступающим, чаще верхним квадрантом головки. Размеры трансплантата зависели от величины головки бедренной кости и степени ее подвывиха. В большинстве случаев при операции у взрослых он был не менее 5×4—4,5 см.

Трансплантат из крыла подвздошной кости, благодаря имеющейся естественной вогнутости, облегал округлость головки бедрен-

ной кости, создавая тем самым подобие истинной «крыши» вертлужной впадины. Если покрытие в верхнем квадранте головки оказывалось недостаточным, то в верхнезаднем отделе вертлужной впадины под тупым углом к первому трансплантату таким же образом забивали второй трансплантат, чаще из аллокости.

При операции ягодичные мышцы, отслоенные из гребня подвздошной кости для взятия трансплантата и доступа к тазобедренному суставу, подшивали обратно к гребню чрескостным швом. Таким образом, при этой операции изменения точек прикрепления ягодичных мышц и ослабления их натяжения не происходило.

Наш опыт показал, что формирование надвертлужного «навеса» из трансплантатов, взятых в отдалении, являясь операцией технически простой, нетравматичной, обладает большей пригодностью для лечения коксартроза у взрослых, чем способы реконструкции надвертлужной области путем формирования трансплантатов непосредственно из этой зоны. Остеосклероз надвертлужной области, развивающийся при артрозе, уплотщение данной зоны вследствие дисплазии, не позволяют формировать здесь полноценные трансплантаты, необходимые для покрытия головки.

Надвертлужная остеотомия таза, по нашим наблюдениям, при артрозе у взрослых, особенно у женщин с развитой подкожной жировой клетчаткой в области тазового пояса, нередко оказывается операцией травматичной, а при дегенеративно-дистрофических изменениях в периапартулярных тканях вокруг сустава трудно выполнить остеотомию на оптимальном уровне и достигать необходимого перемещения тазовых костей.

После операции больным накладывали гипсовую повязку сроком на 3,5—4 мес. Через 2—2,5 мес ее меняли и освобождали коленный сустав, а к 6 мес разрешали нагрузку на конечность.

Клинико-рентгенологические наблюдения за ходом формирования надвертлужного «навеса» показали, что в большинстве случаев трансплантат, пересаженный в паз в надвертлужной области, приживается к материнскому ложу и сохраняет на отдельных сроках свою первоначальную форму и размеры.

К 2—2,5 мес костный трансплантат рентгенологически претерпевает явления остеопороза, который совпадает и с остеопорозом, развивающимся в суставных концах, особенно при сочетании операции формирования «навеса» с межвертельной остеотомией. К 4—4,5 мес структура костного «навеса» при благоприятном течении процесса регенерации у основания становится более плотной. Он как бы утоляется за счет формирования вокруг него костной мозоли, исходящей из материнского ложа (тазовой кости). К 5,5—6 мес «навес» приобретает более плот-

ную структуру на всем протяжении. Приблизительно в эти же сроки отмечается и срастание бедренной кости на месте межвертельной остеотомии. Однако очертания паза в тазовой кости, в которой был вбит трансплантат, на рентгенограммах определяются довольно продолжительное время, что заставляет ограничивать больным окончательную нагрузку на оперированную конечность до года.

У 5 среди 32 больных, которым производилось формирование надвертлужного «навеса», отмечено рассасывание трансплантата. У 4 из них в качестве трансплантата была взята не вся толща крыла подвздошной кости, а только ее расщеп, что привело уже на ближайших сроках к его перелому, смещению в мягкие ткани и быстрому лизису. В одном случае причиной лизиса была инфекция.

Отдаленные результаты лечения через 1,5—6 лет были прослежены у 23 больных: на сроках 1,5—1,8 года — у 5, 2—2,5 — у 5, 3 — у 3, 4 — у 5, 5—6 — у 3, свыше 6 лет — у 2.

Наблюдения на отдаленных сроках показали, что к 1,5—1,8 года трансплантат становится как бы естественным продолжением крыши вертлужной впадины с формированием под ним непрерывной суставной щели. Рентгенологически в головке бедренной кости, особенно в случаях, когда одновременно производилась и межвертельная остеотомия, имело место ослабление субхондрального склероза по сравнению с тем, что было до операции. Угол Ланца, бывший до операции в пределах 25—30°, в большинстве наблюдений возрастал на 15—20° за счет создания крыши вертлужной впадины. Покрытие головки у большинства больных увеличилось на 1,5—2 см.

Касаясь клинических результатов операции, следует отметить ослабление хромоты у оперированных больных, болей и симптома Тренделенбурга. Однако этот положительный эффект операции появлялся на более отдаленных сроках (через 1,5—2 года после операции). По-видимому, требуется определенное время для восстановления мышечной силы в конечности, ослабленной операцией, гипсовой иммобилизацией и разгрузкой.

Анализ результатов наблюдений 4—6-летней давности показал стойкость полученного благоприятного результата операции, отсутствие прогрессирования артроза, сохранность первоначальных размеров «навеса» без тенденции к укорочению. Этому, вероятно, способствует благоприятные условия приживления трансплантата к тазовой кости, которые создаются с самого начала (губчатая кость, хорошая васкуляризация, функциональная нагрузка).

Таким образом, операция формирования надвертлужного «навеса» при диспластическом коксартрозе у взрослых может быть рекомендована для более широкого внедре-

ния в практику. В зависимости от показаний она может быть применена как самостоятельно, так и в комбинации со вмеша-

тельством на бедренной кости, в частности с межвертельной остеотомией.

Поступила 29.06.89.

УДК 616.284.7—089.874—06:617.57—08

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

А. А. Акимов, В. В. Сигаев, Э. С. Саакян, Г. В. Чубаров

Центральная клиническая больница № 4 МПС (главврач — канд. мед. наук С. Ф. Шулешко), Москва

Радикальное лечение рака молочной железы, включающее комбинированный и комплексный методы, в ряде случаев вызывает осложнения, которые у 30,2% больных приводят к инвалидности. Одним из наиболее частых поздних осложнений является отек конечности. Следует подчеркнуть, что отек не только изменяет пропорции тела, но и причиняет немалые неудобства, вызывая боли, постоянное чувство тяжести, значительные затруднения при ношении одежды, а также нарушения функции конечности у 45% и даже у 100% больных.

Первостепенное значение в генезе постмастэктомического отека имеют нарушения процессов микроциркуляции: замедление кровотока в капиллярах, увеличение числа стазированных сосудов, нарушение агрегационной способности тромбоцитов, появление перикапиллярного отека вследствие повышения проницаемости сосудистой стенки.

Существующие методы консервативной терапии отека конечности редко оказываются достаточно эффективными, применяемые же способы хирургического лечения многостадийны и травматичны. В этой связи поиск новых методов профилактики и лечения постмастэктомического отека является актуальной задачей практической медицины.

Нами разработан способ восстановления функционального состояния верхней конечности, включающий воздействие на процессы микроциркуляции с коррекцией локальных нарушений в системе гемостаза пораженной конечности при минимальных воздействиях на свертывающую систему в общем кровотоке и предусматривающий значительную активацию двигательной активности, повышение силы мышц конечности с восстановлением и нормализацией нейромышечной передачи в синапсах. Данная цель достигается воздействием на конечность дозированной компрессии в сочетании с постоянным магнитным полем.

Компрессионная оболочка, одеваемая на верхнюю конечность, выполнена в виде перчатки с отделениями для пальцев, кисти, предплечья и плеча из воздухопроницаемого эластомерного полотна. Давление в оболочке рассчитано таким образом, что оно максимально в дистальной части (5,3 кПа)

и минимально в проксимальной части (2 — 2,7 кПа). Эластичная оболочка по длиннику снабжена кармашками, в которых помещены ферромагнитные вкладыши размером 5×10 см с напряженностью магнитного поля 400—450 эрстэд.

Лекарственная коррекция отека предусматривает назначение ряда препаратов, влияющих как на систему гемостаза, так и на другие патогенетические звенья данного осложнения. Так, с целью уменьшения вязкости крови, снижения агрегации форменных элементов и восстановления проницаемости сосудистой стенки назначали трентал, доксим, пипольфен и вензурон. Гепарин применяли для нормализации микроциркуляторных процессов. Ускорение скорости лимфо- и кровотока достигали с помощью мощного диуретического средства — маннита. С целью повышения эластичности сосудистой стенки и активизации тканевого обмена использовали фитин, панангин, токоферол. Введение прозерина обеспечивало повышение тонуса мышц и улучшало передачу возбуждения в нервно-мышечных синапсах. Для рассасывания и размягчения послеоперационных рубцов и снижения риска развития контрактуры назначали лидазу. Следует отметить, что для создания высокой регионарной концентрации в тканях, снижения воздействия на организм в целом, образования кожного депо с медленной диффузией препаратов в окружающие ткани и прицельного воздействия на зоны с нарушенной микроциркуляцией ряд препаратов (гепарин и лидаза) вводили методом электрофореза. Терапию разработанной комбинацией лекарственных средств проводили в течение 4 нед, а воздействие магнитного поля и дозированной компрессии — в течение 4 месяцев.

Под нашим наблюдением в 1983—1985 гг. находились 85 больных с лимфатическим отеком верхней конечности различной выраженности, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы. Больные были в возрасте от 30 до 70 лет, причем 80% — от 41 года до 60 лет. Рак I стадии был установлен у 5 больных, II А — у 35, II Б — у 30, III А — у 8, III Б — у 7. Инфильтрирующая карцинома была у 35 женщин, аденокарцинома — у 19, железисто-солидный рак — у 12, скирр — у 5, солидный рак — у 7, слизистый рак — у 2.

Степень лимфатического отека оценивали

по разнице в длине окружности здоровой и отечной конечности на стороне операции. При разнице до 2 см диагностировали I степень (5 больных), до 4 см — II (21), до 6 см — III (41), более 6 см — IV (18) степени.

При лимфатическом отеке I степени комбинированное лечение (радикальную мастэктомию и лучевую терапию) проводили всем больным, при отеке II степени комбинированное лечение — 8, комплексное (радикальную мастэктомию, лучевую и химиотерапию) — 8, только радикальную мастэктомию — 10, при отеке III степени комбинированное лечение — 27, комплексное — 8, только радикальную мастэктомию — 4. Из числа больных с лимфатическим отеком IV степени 7 женщин с раком молочной железы получили комбинированное лечение, 6 — комплексное.

Перед началом лечения отека больные прошли тщательное клиническое обследование с целью исключения признаков рецидивов и прогрессирования рака.

При изучении тканевой микроциркуляции радиоизотопным методом на 25—30-е сутки после радикального лечения отмечено статистически достоверное замедление времени полурезорбции ^{131}I гиппурана на стороне операции ($29,8 \pm 4,5$ мин) по сравнению с аналогичным показателем на здоровой конечности ($13,9 \pm 3,4$ мин). После восстановления на этих же сроках функционального состояния верхней конечности предложенным способом время полурезорбции на обеих руках практически становилось идентичным (на стороне операции — $14,3 \pm 1,8$ мин, на противоположной — $15,0 \pm 2,2$ мин).

Исследование скорости венозного кровотока с помощью ^{99}Tc показало ее снижение на стороне операции в среднем на 20%, причем при отеках II, III и IV степени она нарастала и была еще более выраженной. Уже через 30 дней с момента начала проведения разработанного метода лечения отмечены нормализация данного показателя и достоверное приближение его к величине скорости венозного кровотока на здоровой конечности.

С помощью телевизионной капилляроскопии было показано, что у больных на 25—30-е сутки после операции имело место

достоверное уменьшение общего числа капилляров в поле зрения. Особенно заметными были уменьшение микрососудов с быстрым кровотоком и возрастание числа стазированных сосудов и сосудов с прерывистым кровотоком. В 99% случаев наблюдались перикапиллярный отек и неравномерность калибра микрососудов. Были видны капилляры прерывистой формы с одиночными микроаневризмами и агрегатами форменных элементов в просвете. На конечности, противоположной стороне операции, значительных изменений микроциркуляции не было. Это дало нам основание использовать телевизионную капилляроскопию в качестве контроля за состоянием микроциркуляции у каждого больного. После лечения постмастэктомического отека по разработанному методу отмечено возрастание числа капилляров в поле зрения, при этом число капилляров с быстрым кровотоком увеличилось в 2,5 раза, а число стазированных микрососудов уменьшилось в 3 раза. Отек вокруг микрососудов оставался лишь у 20% больных, агрегаты форменных элементов отсутствовали, фон поля микрообзора стал гораздо прозрачнее.

К концу первой недели лечения у всех больных купировались болевые ощущения в руке, а через 2 нед появилось чувство легкости в конечности. После 3 нед с момента начала лечения восстановились силовые показатели кисти, уменьшились сухость кожных покровов и чувство усталости конечности к концу дня. У 95% больных к концу лечения восстановились утраченные ранее мануальные навыки. У 27 из 85 больных удалось полностью ликвидировать отек, у 53 — уменьшить его на 80%, у 4 — на 50% и лишь у одной — менее чем на 50%.

Таким образом, разработанный способ функционального восстановления конечности после радикального лечения рака молочной железы предусматривает воздействие на различные патогенетические звенья, в том числе корректирует ряд факторов крово- и лимфообращения, что способствует восстановлению микроциркуляции. Указанный комплекс мероприятий при отеках III—IV степени целесообразно проводить 3 раза в год с последующим ежегодным двукратным повторением.

Поступила 01.06.88.

МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Х. З. Гафаров, И. Ф. Ахтямов

Казанский филиал Всесоюзного курганского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия» (директор — проф. В. И. Евсеев)

Активное развитие внесуставных, мало-травматичных методов оперативного лечения врожденного вывиха бедра позволило к настоящему времени уменьшить число таких послеоперационных осложнений, как релаксация, децентрация и асептический некроз головки бедра. Как правило, основной упор в исследованиях делается на операции с коррекцией тазового и бедренного компонентов. Но нередко случаи, когда даже правильно проведенное открытое вправление врожденного вывиха бедра, восстановление должной кооптации суставных поверхностей заканчиваются неудачей. Латеропозиция, децентрация или даже релюксация наступают либо сразу после снятия гипсовой иммобилизации, либо в процессе выполнения активной физиомеханотерапии. Одной из основных причин подобных неудач является дисбаланс между внутренними и наружными ротаторами бедра, возникающий после коррекции угла антеторсии (АТ).

Врожденному вывиху бедра свойственна в большинстве случаев патологическая антеторсия бедра. Для восстановления правильной биомеханики принято корригировать угол антеторсии проксимального отдела бедра путем деторсионной остеотомии. Оптимальным считается восстановление угла антеторсии до нормальных возрастных величин, то есть до 15° — 20° , что зависит от возраста больного. При деторсии происходит смещение большого вертела, а значит, и точек прикрепления наружных ротаторов бедра кпереди и кнаружи. Соответственно отдаление точек начала и места прикрепления наружных ротаторов бедра ведет к их одномоментному перерастяжению. Известно, что растяжение мышц приводит к увеличению силы ее тяги. Следовательно, одномоментное перерастяжение наружных ротаторов вызывает развитие наружно-ротационной установки бедра. После снятия гипсовой иммобилизации наблюдается выраженная наружно-ротационная контрактура, которая требует длительной физиомеханотерапии. Головка бедра, центрированная при вправлении вывиха в вертлужную впадину, после снятия иммобилизации поворачивается за счет тяги мышц наружных ротаторов бедра передне-внутренним квадрантом кпереди, в результате наступает децентрация и создаются условия для релюксации. Этому способствует и активная редрессация, направленная на устранение контрактуры, и недостаточно укрепленная передняя стенка

капсулы тазобедренного сустава.

В детском отделении КФ ВКНЦ «ВТО» было проведено лечение 108 больных с врожденным вывихом бедра при различной выраженности смещения головки бедра относительно вертлужной впадины. У 8 детей возникла децентрация головки бедра с последующей релаксацией. У большинства этих больных перед операцией наблюдался увеличенный угол антеторсии (более 50°), а после коррекции, как правило, развивалась выраженная наружно-ротационная контрактура. Именно эти больные заставили нас обратить внимание на упомянутое выше осложнение и более детально обосновать возможность ее профилактики.

Проведенные нами ранее исследования мышц наружных ротаторов бедра позволили теоретически обосновать необходимость коррекции их длины [1]. Исследования проводили на модели нижней конечности (Авторское свидетельство № 1156116, Б. и., № 18, 1985 г.), которая позволяет моделировать патологические изменения мышц при различной выраженности врожденного вывиха бедра. Визуальный контроль подобных изменений наиболее полно может быть осуществлен на схемах тазобедренного сустава в горизонтальной и фронтальной плоскостях.

Представлена схема тазобедренного сустава в горизонтальной плоскости в норме (рис. 1 а), то есть при угле антеторсии, равном 15° , и при подвывихе бедра, когда угол антеторсии достигает 50° (рис. 1 б).

Мы рассчитали степень удлинения основных мышц наружных ротаторов бедра при деторсии. Из рис. 1 видно, что грушевидная мышца удлиняется в среднем в 1,29 раза (по сравнению с исходным состоянием при подвывихе бедра), запирательная наружная мышца — в 1,07 раза, запирательная внутренняя мышца — в 1,22 раза. Таким образом, именно в таких пропорциях одномоментно увеличивается длина названных мышц при деторсионной остеотомии проксимального отдела бедра с уменьшением величины угла антеторсии с 50° до 15° .

Одномоментное перерастяжение мышц ведет в последующем к их морфологической и функциональной недостаточности, поскольку волокна каждой определенной мышцы имеют свой предел растяжения.

Как уже упоминалось выше, для врожденного вывиха бедра свойственно наруше-

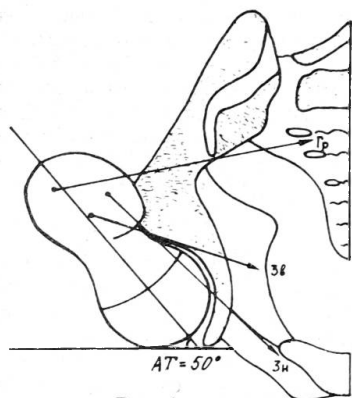
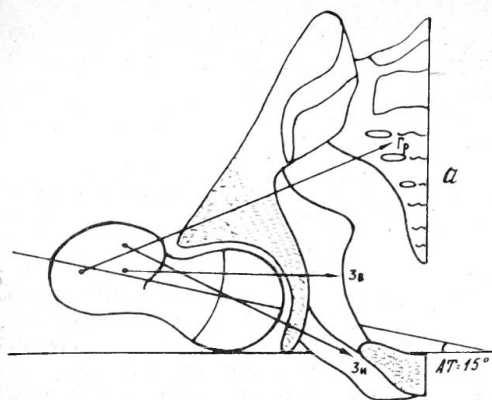


Рис. 1.

ние баланса между ротаторами бедра. Если в норме поперечное сечение мышц наружных ротаторов бедра преобладает в совокупности над таковым у внутренних ротаторов бедра в 3 раза [4], то при врожденном вывихе бедра недостаточность внутренних ротаторов выражена еще больше. При одномоментной деторсионной остеотомии растяжение относительно укороченных наружных ротаторов приводит к усилению их суммарной тяги с преобладанием над внутренними ротаторами в 4—4,5 раза, что зависит от возраста ребенка и нормальной функции мышц [3]. Таким образом, необходимость восстановления баланса между ротаторами бедра, профилактика дистрофических процессов в структуре мышц наружных ротаторов бедра, предупреждение развития наружноротационных контрактур, а значит, и децентрация головки бедра являются основными предпосылками и показаниями к удлинению наружных ротаторов бедра.

На основе результатов исследований, проведенных с помощью устройства для биомеханического моделирования (Авторское свидетельство № 1389752, Б. и. № 15, 1988 г.) составлена таблица для практического применения [2]. В ней представлена средняя степень относительного укорочения мышц наружных ротаторов бедра при различной сте-

пени патологического угла антефлексии в зависимости от возраста. Однако средние величины степени необходимого удлинения наружных ротаторов бедра, приведенные в таблице, не удовлетворили нас в полной мере, так как, по нашему мнению, в таких случаях нет оснований удлинять ту или иную мышцу, ротирующую бедро кнаружи, в зависимости от выраженности врожденного вывиха бедра. С этой целью мы проверили на модели во фронтальной плоскости степень изменения мышц наружных ротаторов бедра при подвздошном, надацетабулярном вывихах и подвывихе бедра (рис. 2).

Результаты изменений представлены в таблице.

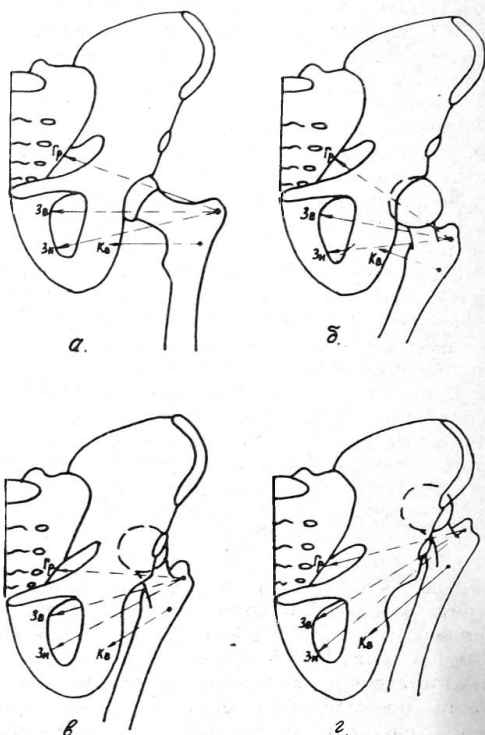


Рис. 2.

Полученные результаты показали, что для подвздошного вывиха бедра характерно резкое перерастяжение мышц наружных ротаторов бедра. При вправлении такого вывиха и проведении корригирующей остеотомии нет необходимости в их удлинении, поскольку последнее вызывает ослабление и их функциональную недостаточность.

Надацетабулярному вывиху свойственно в большей мере укорочение грушевидной и внутренней запирательной мышц. Именно эти мышцы при деторсионной остеотомии обуславливают развитие наружноротационной контрактуры, поэтому их необходимо удлинить одним из известных способов, описанных нами ранее [1].

Изменения расстояния между точками начала и места прикрепления мышц наружных ротаторов бедра при различной степени вывиха по отношению к норме

Степень вывиха бедра	Мышцы			
	груше-видная	запира-тельная внутренняя	запира-тельная наружная	квадратная

Под-вздошный вывих — в 1,07 + в 1,08 + в 1,2 + в 1,24

Надце-табуляр-ный вы-вих — в 1,17 — в 1,19 — в 1,08 — в 1,05

Подвывих — в 1,29 — в 1,26 — в 1,32 — в 1,42

Примечание. Знак «+» означает удлинение мышц, а знак «—» — ее укорочение.

Наибольшие изменения наружных ротаторов бедра происходят при остаточных подвывихах или врожденных подвывихах бедра. Наряду с грушевидной и внутренней запирательной мышцами особенно сильно укорачиваются наружная запирательная и квадратная мышцы. Удлинение их при деторсии практически на 30—40% вызовет функциональные и морфологические расстройства в структуре мышечных волокон, а в послеоперационном периоде — развитие наружной ротации конечности с возможной децентрацией головки бедра. Удлинение всех четырех мышц позволит избежать подобного осложнения, причем следует учитывать различную степень необходимого удлинения каждой из мышц. В связи с этим нами разработан малотравматичный способ удлинения наружных ротаторов бедра (положительное решение на выдачу авторского свидетельства по заявке № 4244289/14 от 30.01.1989 г.). Его малотравматичность объясняется сохранением естественного ложа сухожилий перечисленных мышц — паратенона. Способ осуществляется в процессе деторсионно-варизирующей остеотомии проксимального отдела бедра при его под- или вывихе.

Удлинение наружных ротаторов бедра производим следующим образом (рис. 3). Из S-образного разреза обнажаем крыло подвздошной кости и межвертельную область бедра. За счет деторсионно-варизирующей остеотомии бедра в межвертельной области (5) устраняем патологическую антекторсию и вальгусное положение шейки бедра до нормальных возрастных величин. После вправления головки бедра при вывихе во впадину производим ацетабулопластику одним из известных способов. Рассекаем продольно паратенон (6) сухожилий наружных ротаторов бедра. Отсекаем сухожилия грушевидной (1) и наружной запирательной мышц (4) у места прикрепления к бедренной кости. Общее сухожилие близнецовых (2) и внутрен-

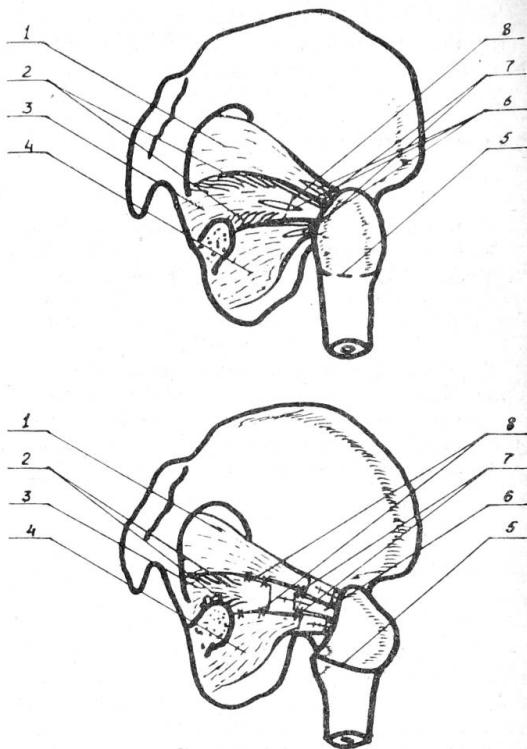


Рис. 3.

ней запирательной (3) мышц пересекаем проксимальное места прикрепления к межвертельной ямке (8) при внутренней ротации бедра до нормальной величины угла антекторсии. Проксимальные концы сухожилий наружных ротаторов бедра оставляем в исходном положении, а дистальные — отводим следуя за поворотом большого вертела. Дистальный конец (9) сухожилия близнецовых (2) и внутренней запирательной (3) мышц подводим к окончаниям сухожилий грушевидной (1) и наружной (4) запирательной мышц, к которым его фиксируем швами (10) после их Z-образного удлинения. В свою очередь, проксимальный конец сухожилия близнецовых (2) и внутренней (3) запирательной мышц подшиваем (11) к проксимальным отделам сухожилий грушевидной (1) и наружной (4) запирательной мышц. Разрезы паратенона ушиваем кетгутом. Квадратную мышцу при необходимости ее удлинения отслаиваем от места прикрепления к бедренной кости вместе с надкостницей. В последующем в результате функции все мышцы восстанавливают свою первоначальную силу действия на костные рычаги.

Применение данного способа предотвращает возникновение наружноротационных контрактур, что было подтверждено наблюдениями за 38 больными с врожденным вывихом бедра различной выраженности, оперированных по предложенному методу.

Сразу после снятия гипсовой иммобилизации им был проведен курс реабилитационной терапии. Децентрации головки бедра не наблюдалось. Движения в тазобедренном суставе не ограничены. Симптом Тренделенбурга был отрицательным.

ВЫВОДЫ

1. При врожденном вывихе бедра наблюдается выраженное отклонение от нормы длин мышц наружных ротаторов бедра: их относительное удлинение (при подвздошном вывихе) или резкое укорочение (при подвывихе).

2. Коррекция длины мышц наружных ротаторов бедра предотвращает развитие наружноротационной контрактуры. Необходимо проводить коррекцию ротаторов бедра в зависимости от степени вывиха: если при

подвывихе бедра требуется удлинение наружных ротаторов, то при подвздошном вывихе этого делать не следует.

3. Удлинять наружные ротаторные бедра эффективнее с сохранением целостности паратенона, что снижает травматичность операции и улучшает результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гафаров Х. З. // Ортопед., травматол. — 1986. — № 7. — С. 29—32.
2. Гафаров Х. З., Андреев П. С., Ахтямов И. Ф. и др. // Ортопед., травматол. — 1988. — № 10. — С. 45—46.
3. Корж А. А., Тихоненков Е. С., Андриянов В. Л. и др. // Диспластический коксартроз. — М., Медицина, 1986.
4. Николаев Л. П. // Руководство по биомеханике в применении к ортопедии, травматологии и протезированию. — Киев, 1950. — Т. 2.

Поступила 10.04.89.

УДК 616.748.54—018.38—089.8

ПОВРЕЖДЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Р. А. Зулкарнеев, З. Я. Ахметов

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.— проф. Р. А. Зулкарнеев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Избыточная масса тела и гиподинамия, особенно характерные для городского населения, способствуют ослаблению определенных участков опорно-двигательной системы, вызывая в них ранние дегенеративно-дистрофические изменения. Хаотическая двигательная активность, сопровождающаяся нескоординированным сокращением мышц, приводит на этом фоне к подкожным «крадущимся» разрывам сухожилий, среди которых повреждения ахиллова сухожилия занимают одно из первых мест. Кроме того, растет число открытых повреждений этого сухожилия в быту, при дорожно-транспортных происшествиях и на производстве.

С 1970 по 1986 г. в больнице скорой медицинской помощи г. Казани и с 1984 по 1986 г. в Республиканской клинической больнице на стационарном лечении находились 84 пациента с открытыми и закрытыми повреждениями ахиллова сухожилия. В возрасте от 20 до 50 лет было 83,1% больных. Мужчин было больше, чем женщин (66,7% и 33,3%). 66,7% случаев открытых повреждений, которые отмечены у 44 (52,4%) больных, были получены в быту и лишь 25% — на производстве. Чаще всего это были раны, нанесенные режущими предметами (стеклом, ножом, металлической стружкой). У 9 из 44 пострадавших повреждение было частичным. Оперативное вмешательство выполняли сразу же при поступлении пострадавших в стационар,

обычно в день получения травмы. После экзоскелетного иссечения краев раны и ее туалета делали разрезы, расширяющие рану, что было необходимо для наложения шва сухожилия. В 36 (81,8%) случаях его накладывали по Кюнео с использованием нитей из лавсана. В 4 наблюдениях из-за разволокнения концов возникла необходимость укрепления области шва П-образным лоскутом, выкроенным из проксимального конца. У 2 больных рана располагалась у самого прикрепления сухожилия к пяточной кости, что потребовало фиксации предварительно прошитого сухожилия к пяточной кости. При натяжении краев раны выполняли насечки, а если этого было недостаточно, производили послабляющие разрезы (4), которые наносили параллельно краям раны. Образовавшиеся дефекты закрывали с помощью свободных кожных лоскутов. Первичную хирургическую обработку раны обычно заканчивали промыванием раны 3% раствором перекиси водорода и фурациллина в соотношении 1 : 5000. Область шва сухожилия обкалывали 0,8% раствором метилурацила и антибиотиками, на 24—48 ч вводили дренаж. Конечность фиксировали чаще всего гипсовой лонгетной повязкой в положении эквинуса стопы и сгибания в коленном суставе на срок 4—6 нед. С 2-го дня назначали УВЧ и токи Бернара. Помимо антибиотиков и обезболивающих средств в течение 3—7 дней применяли нестероидные

противовоспалительные средства (индометацин, ибупрофен, вольтарен и др.). С учетом недостаточного кровоснабжения этой области швы снимали на 10—14-й день.

Больные с подкожными разрывами (47,6%) обращались, как правило, поздно. У 31 больного были несвежие и застарелые повреждения. Это связано с тем, что резкая боль, возникающая в момент разрыва, в дальнейшем проходит, и частичное восстановление движений в голеностопном суставе создает у больного и врача иллюзию благополучного исхода. В наших наблюдениях сроки обращения за специализированной помощью при подкожных разрывах колебались от одного дня до полутора лет. При первичном осмотре отмечались выраженный отек и характерное западание мягких тканей, локализующееся чаще всего на 5—7 см выше места прикрепления. Помимо исследования силы подошвенного сгибания стопы необходимо изучение симптома Томпсона. При сжатии икроножной мышцы, если имеет место полный разрыв, подошвенное сгибание отсутствует. Если этот симптом неубедителен, под анестезией 1% раствором новокаина в место разрыва вводят иглу и по ее колебаниям во время пассивных движений стопой можно отличить полный разрыв от частичного.

Подкожные разрывы чаще всего возникают у лиц умственного труда (73,5%), причем нередко во время занятий спортом (у 39,4%). Одномоментное резкое сокращение икроножной мышцы при игре в волейбол или толчок во время бега — вот наиболее часто упоминавшиеся в анамнезе причины спонтанного разрыва ахиллова сухожилия. Лишь в одном из 40 наблюдений оно было частичным. В 3 случаях в местах повторного разрыва сухожилия имелись оссификаты, а в 2 — типичная костная ткань, образовавшаяся в результате метаплазии сформировавшегося ранее фиброзно-хрящевого конгломерата. Тщательно собранный анамнез позволил установить наличие предшествовавшей травмы, леченной консервативно. Повреждение ахиллова сухожилия трактовалось как частичное или вообще не диагностировалось и рассматривалось как ушиб, растяжение связок и т. д.

Реконструктивную операцию при подкожных разрывах проводили через 2—3 дня после соответствующего обследования и подготовки кожи. Для выбора рациональной методики вмешательства важно знать состояние концов разорванного сухожилия, особенно при разрывах по типу «конского хвоста». В таких случаях весьма информативными были боковые электрорентгенограммы, полученные в положении возможного сгибания и разгибания стопы. На них хорошо контурировались концы разорванного сухожилия, величина диастаза между ними, что позволяло установить степень их сближения. Техни-

ческие условия экспозиции силовых пластин на генераторе ЭРГА-02 (ЭРГА-МТ) по сравнению с обычной рентгенографией были изменены в сторону повышения напряжения на трубке и увеличения экспозиции. На электромиограммах при попытке активного сгибания стопы резко снижалась электроактивность икроножной мышцы. Реовазография указывала в основном на замедление венозного оттока на пораженной стороне. Полученные данные давали возможность в каждом конкретном случае составлять схему лечения, включавшую хирургическое пособие, курс физиотерапевтических процедур и патогенетически обоснованное применение лекарственных средств.

Лишь 12 (14,3%) из 84 операций были выполнены под общим обезболиванием, остальные — под местной анестезией. Как правило, в области бедра проводили футлярную новокаиновую блокаду, накладывали пневматический жгут и по линии разреза вводили 0,25% раствор новокаина, а в место разрыва — 1% раствор. Затем на расстоянии 6—7 см вверх от места разрыва сухожилия производили разрез по внутреннему краю до места прикрепления к пяточному бугру. Если удавалось сопоставить экономно освобужденные концы сухожилия, то применяли шов лавсановой нитью по Кюнео (у 13) и Казакову (у 9).

В 18 случаях концы сухожилия не адаптировались, о чем можно было судить и до операции (по электрорентгенограммам). Дефект замещали по Чернавскому и Никитину (соответственно у 8 и у одного больного); у 8 больных использовали лавсановую ленту, которую вшивали в предварительно фронтально расщепленные концы сухожилия. Лишь в одном случае применяли аллосухожилие, которое дополнительно покрывали аутофасцией, взятой с бедра. В 50% наблюдений область стыка концов сухожилия укрепляли П-образным лоскутом, который формировали из тканей проксимального отдела икроножной мышцы. В дополнение к приведенной выше схеме послеоперационного ведения больных помимо нестероидных противовоспалительных средств назначали троксевазин или венорутон (в течение 3—4 нед), метилурацил или оротат калия (10—14 дней). Время пребывания пациентов в стационаре составило в среднем 22 ± 2 дня, причем у 60% больных — 10—20 дней.

При открытых и закрытых повреждениях осложнения со стороны раны возникли у 7 (8,3%) больных. Краевой некроз был у 3 пациентов, паратравматическая пиодермия — у одного, нагноившаяся гематома — у 2, частичное расхождение швов — у одного, причем при открытых повреждениях наблюдалось лишь 2 случая частичного некроза краев раны. Нами не было отмечено ни одного случая расхождения сшитых концов сухожилия. Начиная с 4-й недели постепенно

уменьшали эквинусное положение стопы.

Отдаленные результаты прослежены у 25 больных (у 18 с подкожными и у 7 с открытыми повреждениями), причем у 20 пациентов — на сроках от 3 до 15 лет.

У 9 из 18 больных с подкожными разрывами было уменьшение мышц голени по окружности в среднем на 1,5—2 см. С годами гипотрофия исчезла и при обследовании через 10 и более лет не обнаруживалась.

Результаты лечения считали хорошими, если в поврежденной конечности не возникало неприятных ощущений, сила мышц голени была одинакова, больные могли бегать, прыгать и заниматься спортом. При слабости мышц голени, силу которых определяли по длительности стояния на носках, периодической хромоте и болевых ощущениях при перегрузке результат расценивали как удовлетворительный. Выраженный цианоз,

отек, постоянные боли рассматривались нами как плохой результат. У 14 из 18 больных с подкожными разрывами результаты лечения были хорошими, у 3 — удовлетворительными и лишь у одного — плохими. У этого больного при выполнении хирургического вмешательства были допущены технические погрешности.

У всех 7 больных с открытыми повреждениями результаты лечения на отдаленных сроках оказались хорошими, причем они не зависели от характера шва. Применение лавсановой ленты у всех 4 больных было успешным.

Таким образом, весьма благоприятные ближайшие и отдаленные результаты позволяют рекомендовать предлагаемую тактику диагностики и лечения повреждений ахиллова сухожилия для повседневной практики.

Поступила 12.10.88.

УДК 618.3—073.48

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Я. Ю. Малков, В. А. Тумбаев

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Я. Ю. Малков) Пензенского института усовершенствования врачей

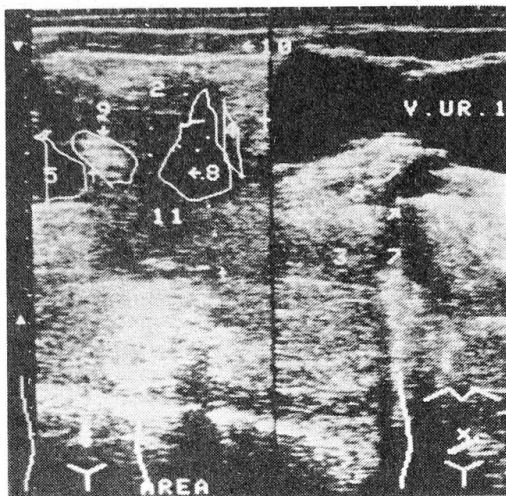
Для исследования анатомических структур малого таза мы использовали ультрасонограф фирмы «Taschiba» SAL-50a, работающий в реальном масштабе времени с линейным датчиком 5 МГц. Для достаточной визуализации внутренних половых органов рекомендуем обследуемым женщинам в течение 5—7 ч не мочиться или за 2 ч до исследования выпить 2—4 стакана жидкости (лимонад, сок, вода) в комплексе с назначением диуретиков (фуросемид и др.). В экстренных случаях наполняем мочевой пузырь путем катеризации инструментами Нелатона, Пуссона, Гийона до полного перекрытия пузырем дна матки и возможно большему ее выведению к уровню терминальной линии из костного кольца малого таза. С целью четкой визуализации шейки матки предлагаем также при проведении исследований введение во влагалище деревянного (подобно используемому электроду при влагалищном электрофорезе) или свинцово-эбонитового стержня, которые довольно четко просматриваются при использовании гиперзвуковых частот с длиной волны выше 10^9 Гц, либо рекомендуем подобной же формы стержни из свинца, имеющие коэффициент затухания волн более 8,01 см. Резко отличаясь на дисплее от обычной ткани, они дают информацию о структуре шейки матки в области наружного зева (см. рис.).

Нами обследовано 1808 больных, имеющих различную гинекологическую патоло-

гию, в возрасте от 8 до 92 лет, из них в описание вошли результаты наблюдений 535 женщин.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) 185 женщин с миомами матки патологический орган визуализировали наиболее легко, а серая шкала позволяла оценивать внутренние структуры по различным точечным и линейным эхосигналам. Если в I фазе эндометрий может быть не виден, то уже за несколько дней до менструации в норме возможен осмотр не только полости матки в виде одного или двух линейных эхосигналов, но также и всего слоя эндометрия передней и задней стенок, что дает возможность судить о его состоянии и стадии аденомиоза при его наличии [1].

При исследовании миометрия узлы были отмечены не только на поверхности матки (см. рис.); они определялись и в толще миометрия с коэффициентом отражения, отличным от мышц (от 11,4 до 57,9%). Миоматозные узлы визуализировались своей капсулой, которая выявлялась при изменении угла осмотра, достигаемого с помощью перемещения датчика. При субмукозном росте узла тени опухоли изменяли полость матки при ее осмотре в различных проекциях. На основании динамического наблюдения диагностировали отек или нагноение миоматозного узла. С помощью такой диагностики можно определять целесообразность консервативного или оперативного лечения.



Эхограмма малого таза.

Условные обозначения: 1 — мочевого пузыря (акустическое окно), 2 — дно матки (миометрий), 3 — шейка матки, 4 — эндометрий (толщина), 5 — сактосальпинкс (медиальная часть), 6 — влагалище, 7 — контур манипулятора, 8 — полость матки, 9 — яичник, 10 — передняя брюшная стенка, 11 — миоматозный узел перешейки матки.

Мы положительно относимся к методу, ибо он позволяет выявлять наличие перитубарных спаек и оценивать состояние труб с точки зрения их функциональной способности. В связи с более точным представлением о воспалительных изменениях облегчается решение вопроса о возможности микрохирургического вмешательства при трубном бесплодии [2].

Наиболее отчетливо при УЗИ визуализировались жидкостные образования придатков матки (у 248), причем не только с обеих сторон, но и в вертикальной проекции, отнесенная ее вперед или назад. В общеклинической оценке жидкостные образования информируют о характере ткани (опухолевидные процессы, истинные опухоли или злокачественные), а также иногда о ее гистогенезе. Так, многокамерность, расположение позади матки, кальцификаты, неоднородность структуры, скорость роста, наличие паренхиматозного пузырька свидетельствуют о злокачественном росте либо дермоиде. Толщина капсулы у 17 больных характеризовала также и степень пролиферации опухоли яичника. В процессе операции мы убедились в достоверности предопределенной эходиагностики обследованных больных.

Нередко первым диагностирует инфантильную или гипопластическую матку врач-эндоскопист, при этом он ориентируется на соотношение размеров тела и шейки матки менее чем 2:1, а также на длину ее периметра.

Мы предлагаем способ микроиндукции

при нежелательной беременности, полноценность которого (с целью профилактики осложнений) контролируется эхолокацией, обеспечивающей не только безопасность манипуляции, которая может быть проведена даже повторно на протяжении 3 мес, но и возможность введения внутриматочного контрацептивного средства.

В плановой и urgentной хирургии у 18 больных УЗИ использовали с целью выявления гнойника и изменения его величины как показателя распространения флегмоны в процессе его динамического исследования. Удалось проследить эффективность терапии и признать неизбежность операций у 6 больных. Жидкостные образования в придатках, в частности пиосальпинкс, а также возникающее в результате лечебных гидротубаций расширение труб после их обнаружения могут быть клинически оценены (см. рис.). Послеоперационные инфильтраты диагностируют значительно раньше, чем при рутинных методах исследования, как и остатки плодного яйца после неполного аборта или остатки оболочек и долек плаценты после родов, способствующие воспалительным процессам гениталий.

Воспалительные образования и опухолевидные процессы в наших наблюдениях отличались в динамике развития размерами, формой, подвижностью и т. п. Так, наполненная гноем труба имела более ретортообразную форму, большее количество спаек, инфильтрированную капсулу; она была менее подвижна и труднее выводилась за пределы малого таза. Опухолевидные процессы (фолликулярная, паравариальные кисты) нередко являлись находками во время УЗИ при ранних сроках беременности.

В дифференциальной диагностике важно выявить орган, из которого исходит опухоль. Так, если жидкостная опухоль определяется довольно легко, то опухоль солидного строения, особенно плотно прижатую к матке или стенке мышц тазового дна, обнаружить сложнее. Для этой цели мы предлагаем осуществлять движение органа (матки) путем влагалищных манипуляций за шейку матки. В этом случае опухоль образует с маткой две тени с изменяющимся расстоянием между ними или различной эхо-прозрачностью, на основании которых можно судить о степени их взаимосвязи. Легче решается вопрос о солидной опухоли, когда она не закрывает яичника с той же стороны.

Яичники с помощью описанного датчика мы находили у 30 женщин не только по их характерной форме и расположению, но и по наличию 1—3 фолликулов разной величины, которые визуализировались в конце I фазы нормального менструального цикла (см. рис.). В отличие от нормы патологически измененные яичники у 20 больных различались как в размерах (склерокистоз), так и большим количеством персестирующей

щих и атретических фолликулов, более толстой капсулой, белочной оболочкой яичника.

Трудности встречаются и при диагностике прогрессирующей внематочной беременности. При ранних сроках (менее 6 нед) плацентацию определить сложно, плод может быть не виден (у 5). Однако данные биологической реакции с гравименом, гравидиагностикумом, ежедневное увеличение размеров образования позволяют установить диагноз, а при сомнениях подтвердить его лапароскопией и своевременно произвести реконструктивную операцию на маточной трубе.

Кроме того, с помощью УЗИ можно проверить и наличие внутриматочного контра-

цептива, ориентируясь на изображение его усов, исходящих из наружного зева (у 32), а также уточнить правильность его расположения в матке после введения и в процессе ношения.

Таким образом, разрешающие возможности прибора в диагностике патологии гениталий могут быть технически расширены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Железнов Б. И., Аветисова К. Р. // Акуш. и гин. — 1987. — № 3. — С. 29—31.
2. Щербинов А. Е., Ломовских В. А. // Акуш. и гин. — 1986. — № 9. — С. 49—53.

Поступила 09.02.88.

УДК 618.1—002.1—079.4:616.381—072.1

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

И. А. Ким

Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В неотложной хирургии до настоящего времени актуален вопрос о дифференциальной диагностике острых воспалительных заболеваний гениталий и острой хирургической патологии (чаще острого аппендицита). По нашим данным, гинекологические заболевания имеют место у 4,8% больных, поступивших в клинику с подозрением на острый аппендицит. При любом подозрении на гинекологическое заболевание требуются тщательное обследование больной и подробный сбор ее гинекологического анамнеза. Безусловно, далеко не каждое гинекологическое заболевание трудно для диагностики. Иногда отсутствие четких признаков острых заболеваний гениталий и острого аппендицита приводит к диагностическим ошибкам и необоснованным лапаротомиям [1, 2]. В то же время выжидательная тактика у больных с неясной клинической картиной чревата прогрессированием заболевания и развитием осложнений. Поэтому точная и своевременная диагностика позволит исключить необоснованные лапаротомии и предупредить как прогрессирование патологического процесса, так и его осложнения.

Диагностическая программа при подозрении на острые заболевания внутренних половых органов состоит в следующем. Во-первых, необходимо выяснить характер начала заболевания, динамику болей и другие возможные проявления заболевания. Во-вторых, врачу следует узнать, не было ли за это время у больной хотя бы кратковременного обморочного состояния, головокружения, мелькания мушек перед глазами, не-

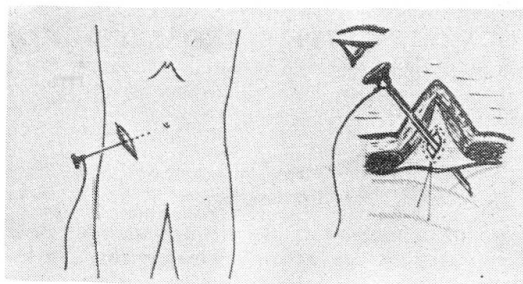
мотивированной слабости, потливости; сама больная может не придавать этому значения. В-третьих, нужно изучить анамнез на предмет выявления в нем гинекологического заболевания. В-четвертых, обязательно бимануальное обследование каждой женщины, поступившей в стационар. В-пятых, больных с признаками экстренного гинекологического заболевания хирургу следует осматривать вместе с гинекологом. В-шестых, обязательно проведение дооперационных дополнительных диагностических мероприятий: пункции заднего свода, лапароцентеза, лапароскопии. И наконец, при обнаружении во время аппендэктомии малоизмененного червеобразного отростка, нужно выполнить ревизию брюшной полости с целью исключения диагностической ошибки. Применяемая и рекомендуемая автором [2] ревизия тупферами мало эффективна. С ее помощью можно выявить наличие в брюшной полости крови или какого-либо выпота, но она не дает информации об их происхождении. К тому же при скудном содержании крови или выпота их можно вообще не определить. Во всех сомнительных случаях наиболее целесообразным является проведение интраоперационной лапароскопии, позволяющей установить имеющуюся патологию в брюшной полости.

Сущность интраоперационной лапароскопии заключается в следующем. Во время аппендэктомии, когда возникает необходимость ревизии брюшной полости, края раны с захватом брюшины стягивают кисетным швом вокруг футляра троакара. Через троа-

Результаты лапароскопической дифференциальной диагностики острых заболеваний органов брюшной полости

Диагноз при поступлении	Всего больных	Диагноз после лапароскопии								
		гнойный салпингит	катаральный салпингит	внематочная беременность	разрыв кисты яичника	апоплексия яичника	перекрут кисты яичника	маточный рефлюкс крови	параэндо метрит	аппендицит
Острый аппендицит?	26	4	6	4	3	2	3	1	2	1
Перитонит неясной этиологии	8	1	2	—	1	1	—	1	1	1

кар производят инсуфляцию воздуха и в дальнейшем осматривают брюшную полость по общепринятому методу (см. рис.). Лишь при невозможности установления диагноза с использованием интраоперационной лапароскопии требуется широкая лапаротомия.



При проведении лапароскопического дифференциального диагноза у 32 больных нами выявлено острое заболевание гениталий (см. табл.).

Таким образом, лапароскопическое исследование позволяет своевременно и точно в ближайшие часы после поступления больной в стационар установить этиологический фактор острого заболевания органов брюшной полости, решить вопрос об оперативном вмешательстве, а у ряда больных провести лапароскопическое лечение и избежать ненужной лапаротомии.

Лапароскопическая картина катарального салпингита характеризуется утолщением, отеком, гиперемией серозного покрова одной или обеих маточных труб. Сосудистый рисунок резко усилен, хорошо виден не только на серозной оболочке трубы, но и на тазовой брюшине. Практически всегда определяется картина оофорита. Картина острого катарального салпингита и аднексита в сочетании с пельвиоперитонитом свойственны изменениям париетальной брюшины малого таза в виде гиперемии, точечных мелких кровоизлияний. Брюшина участками тусклая. Маточные трубы гиперемированы, отечны, иногда отмечается четкообразное утолщение трубы. Фимбриальные отделы труб обычно свободны и отделяемого из них нет. При пальпации манипулятором маточная труба подвижна, свободно смещается.

При остром гнойном аднексите с пель-

виоперитонитом видны утолщенные маточные трубы с тусклым серозным покровом, отеком, гиперемией, с единичными или множественными кровоизлияниями. Фимбриальные отделы маточных труб отечны, гиперемированы, иногда из просвета труб поступает мутное или гнойное содержимое, отчетливо определяемое при пальпации и надавливании на трубу манипулятором. Как правило, серозный покров матки характеризуется гиперемией и точечными кровоизлияниями. Отмечаются изменения и со стороны яичников в виде отека и гиперемии его серозного покрова. В прямокишечном пространстве имеет место мутный гноевидный выпот, который может быть едва заметным или заполнять весь малый таз. Нередко мутно-гнойный выпот распространяется по левому и правому боковым каналам живота. При этом подлежащие ткани претерпевают изменения. Так, наблюдаются отек и гиперемия сальника, гиперемия серозного покрова подлежащих петель тонкой кишки, иногда единичные или множественные кровоизлияния, а также налет фибрина на петлях кишечника. В таких случаях, как правило, наблюдаются изменения покрова червеобразного отростка, характерные для его катарального воспаления (гиперемия серозы, точечные кровоизлияния, инъекция и выраженность сосудистого рисунка). В подобных ситуациях при обзорной лапароскопии можно допустить диагностические ошибки. Во избежание их обязательно проведение дополнительных диагностических манипуляций — пальпация и смещение, измерение температуры органа и окружающих тканей под контролем лапароскопа. При вторичном изменении червеобразного отростка последний легко смещается, нет выраженного напряжения, так как отсутствует выраженный отек всех слоев, характерных для первичного аппендицита, а имеется лишь контактное изменение серозного покрова. В то же время при гнойном салпингите маточные трубы плотные, и их смещение практически невозможно. Наибольшая температура регистрируется в области основного очага воспаления. В подлежащих тканях и органах также отмечается повышение температуры, но она значительно ниже, чем в очаге воспаления.

При малейшем сомнении и невозможности лапароскопической верификации острой хирургической патологии от заболеланий гениталий показана лапаротомия.

Обычно внематочная беременность и ее наиболее часто встречающаяся форма — нарушение трубной беременности — имеют настолько своеобразную симптоматику острого внутрибрюшинного кровотечения, что не приходится задумываться над дифференциальным диагнозом, так как коллапс, симптомы внутреннего кровотечения доминируют во всей клинической картине [2]. Однако процент диагностических ошибок при внематочной беременности высок не только в условиях женской консультации, но и в стационаре. По нашим данным, при внематочной беременности с диагнозом острого аппендицита прооперировано 2,2% больных из числа всех перенесших операцию по поводу острого аппендицита (до применения лапароскопии).

В настоящее время многие из таких дополнительных методов диагностики внематочной беременности, как определение хорионического гонадотропина в моче, пункция заднего свода, количественное иммунологическое титрование хорионического гонадотропина и сопоставление его с титром аутоантител, пока не применяются в широкой практике. К тому же эти методы не всегда позволяют установить или отвергнуть диагноз внематочной беременности. По данным нашего гинекологического отделения, разрешающая способность пункции заднего свода достигает лишь 48%.

Наиболее эффективным методом диагностики как нарушенной, так и развивающейся внематочной беременности является лапароскопия. Так, по результатам Г. М. Савельевой и соавт. [3], точность диагностики достигает 100%, что подтверждают и наши данные.

Лапароскопическая картина при внематочной беременности, протекающая по типу трубного аборта, характеризуется наличием в брюшной полости, преимущественно в малом тазу, жидкой темной крови со сгустками. На петлях кишечника, сальнике видны следы крови в виде мазков. При незначительном количестве крови определяется увеличенная матка; серозный покров не изменен, но отмечается его синюшный оттенок. Измененная маточная труба багрово-цианотичной окраски имеет веретенообразную или ретортообразную конфигурацию, диаметр ее увеличен. Фимбрии трубы отечны, гиперемированы, из ее просвета подтекает кровь.

Значительное скопление крови в брюшной полости затрудняет осмотр органов малого таза. Поэтому целесообразно аспирировать кровь из брюшной полости и установить источник кровотечения, так как при апоплексии яичника и маточного рефлюкса

крови в брюшную полость в случае остановившегося кровотечения не требуется оперативное вмешательство. Лапароскопическая картина при прогрессирующей трубной беременности, когда в брюшной полости нет крови, характеризуется утолщением одной из маточных труб и ее синюшно-багровым цветом, фимбриальный же отдел чаще бывает свободным. По данным Г. М. Савельевой и соавт. [3], прогрессирующая трубная беременность при эндоскопии напоминает пиосальпинкс. Отличительные признаки пиосальпинкса и трубной беременности, по мнению авторов, следующие: 1) при внематочной беременности венозная сеть сосудов малого таза более выражена, чем при хроническом воспалении; 2) ткани внутренних органов при внематочной беременности имеют выраженный цианотичный оттенок, матка бледно-розового цвета становится багровой. Цвет маточной трубы, заполненной гноем, почти не изменяется; если сформирована пиогенная капсула, наблюдается незначительная гиперемия серозной оболочки трубы. Окружающие ткани, как правило, не изменены. О перенесенном воспалительном процессе свидетельствуют множественные перитубарные спайки различной выраженности. Если трубная беременность локализуется в интерстициальном отделе и не нарушена, то при лапароскопии поставить диагноз достаточно трудно. Выбухание одного из углов матки цианотично-багрового цвета имитирует субсерозный узел лейомиомы с нарушением в ней кровоснабжения. Нередко прогрессирующая трубная беременность клинически симулирует опухолевидный процесс гениталий.

Приводим одно из наших наблюдений. Х., 34 лет, доставлена из акушерско-гинекологической клиники 26.07.1986 г. В течение 2 нед находилась на обследовании в гинекологическом отделении. Заболела остро 14.03.1986 г., когда появились боли в правой подвздошной области. С подозрением на острый аппендицит консультирована хирургом дежурной клиники, откуда с диагнозом внематочной беременности была переведена в гинекологическое отделение. Однако динамическое наблюдение и обследование не подтвердили этого диагноза. Проводилось противовоспалительное лечение, которое не дало эффекта. В связи с отсутствием эффекта от лечения для уточнения диагноза — опухоли гениталий — больная была переведена в хирургическую клинику.

Жалобы на слабость, боли в нижних отделах живота. Кожные покровы без особенностей. Частота пульса — 72 уд. в 1 мин, АД — 16,0/9,3 кПа. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, пальпаторно мягкий, болезненный в левой подвздошной области и над лоном. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование размером 2×1,5 см мягкоэластичной консистенции, безболезненное и неподвижное. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Поскольку больная была полностью обследована и имелись достаточно серьезные подозрения на опухолевый процесс гениталий, ей была

произведена лапароскопия без дополнительного обследования в стационаре. При этом было установлено наличие левосторонней трубной беременности без ее нарушения. Произведена операция — левосторонняя тубэктомия, после которой наступило выздоровление больной.

Разрыв маточной трубы при незначительном количестве крови в брюшной полости определяется по дефекту на ее серозной оболочке. При наличии же большого количества крови с учетом клинического проявления заболевания целесообразна аспирация крови в стерильную посуду с добавлением антикоагулянтов (1 тыс. ед гепарина на 1000 мл крови), а после исключения повреждения полых органов следует реинфузировать аспирированную кровь из брюшной полости. Аспирация крови позволяет более детально осмотреть брюшную полость, установить источник кровотечения и степень повреждения маточной трубы.

Лапароскопическая картина перекрута кисты не представляет диагностической трудности. В отличие от неперекрученной

кисты она резко напряжена, имеет синюшно-багровую окраску с резко выраженным венозным стазом, тусклой серозной оболочкой и множественными мелкими или крупными кровоизлияниями.

Широкое использование лапароскопии в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний и заболеваний органов гениталий в трудных случаях позволяет своевременно и точно устанавливать диагноз и во многих ситуациях избежать ненужных для больных лапаротомий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дехтярь В. Г. // Острый аппендицит у женщин. — М., Медицина, 1971.
2. Ротков И. Л. // Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. — М., Медицина, 1980.
3. Савельева Г. М., Богинская Л. Н., Бреусенко В. Г., Жилкин Г. В. // В кн.: Руководство по клинической эндоскопии. — Под ред. В. С. Савельева и др. — М., Медицина, 1985.

Поступила 20.07.88.

УДК 618.14+618.11]—006.6—089.8

ЛЕЧЕНИЕ СИНХРОННОГО РАКА ТЕЛА МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

И. В. Смольянинова, О. В. Чулкова

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена

Лечению синхронного рака тела матки и яичников посвящены немногочисленные публикации, основанные, как правило, на единичных клинических наблюдениях [3, 5]. Поскольку синхронные опухоли рассматриваются как метастатические, свидетельствующие о распространенном опухолевом процессе, большинство исследователей являются сторонниками комплексного лечения, состоящего из оперативного вмешательства в сочетании с лучевой [2, 4] и лекарственной терапией [6, 10]. Между тем существуют и иные точки зрения. Так, вопрос о целесообразности включения химиотерапии в план комплексного лечения остается открытым, поскольку до сих пор неясно, способствует ли это лучшей выживаемости больных [8, 9]. Некоторые авторы считают, что при установлении диагноза раннего первично-множественного рака достаточно только операции с последующей гормонотерапией или без нее [5, 7].

В настоящем исследовании ретроспективно изучено применение различных лечебных методов у 100 больных синхронным раком эндометрия и яичника, находившихся под наблюдением с 1964 по 1986 г. По морфологическим признакам (степень дифференцировки опухоли и глубина ее инвазии в миометрий, наличие микроэмболов в сосудах и предраковых морфологических изменений в

окружающих тканях эндометрия и яичника) опухоли были разделены на первично-множественные, диагностированные у 57 больных (1-я группа), и метастатические — рак тела матки с метастазом в яичник и рак яичников с метастазом в эндометрий, имевшие место у 43 больных (2-я группа). Первично-множественные опухоли были представлены преимущественно сочетанием рака тела матки и рака яичника I клинической стадии по классификации ФИГО (75% больных).

В табл. 1 отражены методы лечения больных синхронным раком эндометрия и яичника.

Общая 5-летняя выживаемость больных 1-й группы, рассчитанная актуальным методом [1], составила 79,9%, во 2-й — 12,9%.

При анализе выживаемости в зависимости от метода лечения выявлено, что в 1-й группе наиболее высокие результаты достигнуты у больных, перенесших оперативное вмешательство с последующей лучевой и гормональной терапией (все 10 пациенток живы в течение 5 лет), а также с химиотерапией (5-летняя выживаемость констатирована у 87,2% женщин). У больных, получивших после операции только гормонотерапию, 5-летняя выживаемость отмечена у 49,4% женщин.

Среди больных метастатическим раком,

Таблица 1

**Методы лечения больных синхронным раком
эндометрия и яичника
(без учета стадии заболевания)**

Методы лечения	Больные 1-й группы		Больные 2-й группы	
	абс.	%	абс.	%
Операция + химиотерапия	6	10,5	6	14,0
Операция + лучевая терапия	10	17,5	13	30,2
Операция + химиотерапия + лучевая терапия	6	10,5	3	7,0
Операция + гормонотерапия	7	12,3	5	11,6
Операция + лучевая терапия + гормонотерапия	10	17,5	9	20,9
Операция + лучевая терапия + гормонотерапия + химиотерапия	17	29,8	3	7,0
Операция + гормонотерапия	1	1,8	1	2,3
Только операция	—	—	1	2,3
Не лечены	—	—	2	4,6
Всего больных	57	99,9	43	99,9

Таблица 2

**Выживаемость больных раком в зависимости
от метода лечения**

Методы лечения	Число больных	Выживаемость, %	
		3-летняя	5-летняя
С гормонотерапией	35	86,6	82,2
	18	20,5	20,5
Без гормонотерапии	22	81,6	76,5
	23	29,0	11,6
С лучевой терапией	43	84,4	81,3
	28	22,1	9,4
Без лучевой терапии	14	76,0	65,9
	12	42,0	4,2
С химиотерапией	36	78,7	74,8
	17	11,7	11,7
Без химиотерапии	21	84,5	78,8
	23	41,5	17,6

Примечание. В числителе — число больных 1-й группы, в знаменателе — число больных 2-й группы.

леченных различными сочетаниями компонентов комплексного лечения, 5 лет прожили лишь 8 из 43 больных. Наилучшие результаты наблюдались в группе, где больных прооперировали, а затем назначили им лучевую и гормонотерапию (30,3%).

Поскольку больных, леченных различными методами, было сравнительно немного (табл. 1), нам представилось целесообраз-

ным для получения более достоверных результатов объединить их в группы, в которых или использовался, или не использовался один из компонентов комплексной терапии. Выживаемость больных в этих группах представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, использование гормонотерапии как компонента комплексного лечения позволило повысить его результаты как в 1, так и во 2-й группах больных соответственно на 5,7% и 8,9%, применение лучевой терапии — соответственно на 15,4% и 5,2%. Включение же в комплекс химиотерапии не привело к увеличению продолжительности жизни больных синхронным раком тела матки и яичника. Можно предположить, что подобные результаты были связаны с тем, что химиотерапию получали в основном те больные, у которых были распространенные формы рака яичников (III стадия).

Рецидивы заболевания после комплексного лечения у больных первично-множественным раком наблюдались в 31,6% случаев, у больных метастатическим раком — в 68,9%. В 1-й группе у 9 из 18 больных рецидивы возникли в поздние сроки, спустя 4, 5 и более (до 12) лет после лечения, в то время как у большинства больных 2-й группы (у 17 из 20) — в первые 2 года. Средний срок появления рецидива составил 4,4 года в 1-й группе и 1,2 года — во 2-й группе. После рецидива опухоли больные жили в среднем 8,1 мес и 6,2 мес соответственно по группам.

Таким образом, по нашим данным, оптимальным методом лечения синхронного рака является комплексный, включающий оперативное вмешательство с последующей лучевой и гормональной терапией. В связи со склонностью первично-множественных опухолей к позднему рецидивированию целесообразно проведение гормонотерапии как противорецидивного лечения сроком не менее 5 лет; в группе больных с метастатическими опухолями, прогностически неблагоприятными, — в течение всего периода наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березкин Д. П. // Вopr. онкол. — 1982. — № 11. — С. 12—19.
2. Бохман Я. В., Баткаков В. П., Колосов А. Е. // Акуш. и гин. — 1979. — № 10. — С. 44—49.
3. Бохман Я. В., Колосов А. Е. // В кн.: Онкологические аспекты ановуляции. — Псков, 1980.
4. Debous I. M. // Strahlenther und Oncol. — 1986. — Vol. 162. — P. 540—548.
5. Eifel P., Hendrickson M., Ross B. et al. // Cancer (Philad.). — 1982. — Vol. 50. — P. 163—170.
6. Lotre W., Richter P., Sarembe B. // Arch. Geschurelstforsch. — 1982. — Vol. 52. — P. 569—574.
7. Pagel I., Bock I. E. // Danich Med. Bull. — 1984. — Vol. 31. — P. 333—345.
8. di Paola G. R., Sardi I. E., Rueda de Leve-

ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКИХ ФОРМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНИМИ ДОЗАМИ ТЕОФИЛЛИНА

А. П. Цыбульский, Н. М. Рахматуллина

Кафедра клинической аллергологии (зав. — проф. Р. Х. Бурнашева)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Лекарственная терапия бронхиальной астмы в настоящее время остается наиболее эффективным и доступным методом лечения. Основными лекарственными препаратами являются симпатомиметики и адренолиноподобные вещества, интал, стероиды и метилксантины. Производные метилксантинов, в частности теофиллин, как бронходилататоры известны с 1924 г. В последние годы вновь возник интерес к клинической фармакологии препарата. Эффективность применения теофиллина во многом связана с использованием очень высоких доз препарата, находящихся на грани с токсическими [4]. Выраженный терапевтический эффект проявляется в том случае, если концентрация теофиллина в крови больного достигает 10—12 мкг/мл. Тяжелые осложнения в виде аритмии, остановки дыхания, желудочного кровотечения наступают при концентрации 15—20 мкг/мл [1, 2].

Длительный опыт нашей работы с теофилином показал возможность получения положительного лечебного эффекта при использовании средних доз препарата у больных с atopическими формами бронхиальной астмы. Под нашим наблюдением находились 84 пациента с бронхиальной астмой atopической формы (мужчин — 32, женщин — 52). В зависимости от проводимой терапии все больные были подразделены на две группы: в 1-ю (основную) вошли 44 человека, во 2-ю (контрольную) — 40. Основная группа получала теофиллин в качестве базисной терапии в сочетании с муколитиками, физиотерапевтическими процедурами (массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика, электролечение, парафино-озокеритовые аппликации на грудную клетку). Контрольную группу лечили по стандартной схеме (адренолиноподобные препараты, симпатомиметики), а также назначали им муколитики и физиотерапевтические процедуры без использования теофиллина.

На основании клинико-инструментальных данных больные по тяжести были подразделены на три подгруппы. Распределение больных по тяжести в основной и контрольной группах было равномерным. 1-я под-

группа (26 чел.) объединила больных в фазе обострения с легким течением заболевания, 2-я (30) — со среднетяжелым, 3-я (28) — с тяжелым. Во всех трех подгруппах длительность заболевания составляла от 1,5 до 3 лет.

Больные 1-й подгруппы жаловались на редкий кашель со скудной мокротой, чувство нехватки воздуха, приступы ночного затрудненного дыхания до одного раза, одышку при физической нагрузке. Больных 2-й подгруппы беспокоили приступообразный кашель со слизистой и слизисто-гнойной мокротой, выраженная одышка при физической нагрузке, приступы удушья до 4—5 раз в сутки. В 3-й подгруппе количество приступов увеличилось до 5—7 раз в сутки и более, одышка возникала и в покое, кашель был приступообразным, переходящим в удушье.

В основной группе больные 1-й подгруппы получали теофиллин в дозе 0,1 после приема пищи (однократно утром), во 2-й подгруппе — в дозе 0,2—0,3 в сутки (утром, днем, вечером), в 3-й — в суточной дозе 0,3—0,5. Вечером препарат назначали за 2—3 ч до ночного отдыха с целью устранения неблагоприятного влияния на сон. Все больные, получавшие теофиллин, имели в рационе питания ограничения в виде исключения кофе, какао, шоколада, уменьшения употребления чая. Поскольку курение способствует быстрой деструкции теофиллина [5], в исследование вошли больные с ограниченным употреблением сигарет. Стационарный курс продолжался от 10 до 30 дней. В дальнейшем все больные находились на амбулаторном лечении и принимали препарат по 0,1 ежедневно.

Концентрацию теофиллина в крови определяли спектрофотометрическим и иммуноферментным методами [3, 6]. Кровь забирали через 2 ч после очередного приема препарата, на 7 и 14-й дни лечения. Уровень теофиллина в сыворотке крови у больных с легким течением заболевания на 7-й день приема был равен $3,5 \pm 0,3$ мкг/мл, на 14-й — $3,0 \pm 0,2$ мкг/мл, со среднетяжелым течением заболевания — соответственно

Шкала самооценки тяжести бронхиальной астмы в баллах

Симптомы заболевания	Выраженность симптомов в баллах				
	0	1	2	3	4
Кашель	нет	редкий	с мокротой	приступообразный	с переходом в удушье
Мокрота	нет	слизистая	гнойно-слизистая	гнойно-слизистая, плохо отходящая	гнойная
Одышка	нет	при низкой температуре	при физической нагрузке	в покое	постоянная
Число приступов удушья в сутки	нет	1—2	3—4	5—6	более 6

$5,4 \pm 0,1$ и $4,5 \pm 0,2$ мкг/мл, с тяжелым течением — $6,6 \pm 0,1$ и $4,5 \pm 0,3$ мкг/мл. Таким образом, концентрация препарата в крови пациентов была далека от токсической, поэтому осложнений от использования теофиллина не возникло.

Эффективность лечения оценивали по общему состоянию больных; уменьшению или исчезновению приступов удушья, изменению характера кашля. Для объективизации эффективности применения различных схем лечения нами разработана система самооценки больными тяжести течения заболевания (см. табл.).

В качестве примера приводим краткую выписку из истории болезни.

К., 47 лет, поступила 12.11.1987 г. по поводу atopической бронхиальной астмы среднетяжелого течения, I стадии, сенсibilизации к аллергену из домашней пыли, ДН. При поступлении больная жаловалась на кашель со слизистой мокротой (2 балла), одышку при физической нагрузке (2 балла), приступы удушья до 3—4 раз в сутки (2 балла). Таким образом, при поступлении общее состояние больной было оценено в 6 баллов.

В основной подгруппе исходное состояние по материалам самооценки составляло $2,4 \pm 0,5$ балла. Теофиллин в качестве базисной терапии получали 16 больных, в контроле — 10. Лечение больных было высокоэффективным, и приступы удушья были полностью купированы. Однако подобный эффект у больных основной подгруппы достигался в среднем уже на 3—4-й дни лечения, в то время как в контрольной подгруппе — только на 7-й день. При использовании теофиллина снижалась выраженность одышки при физической нагрузке на более ранних сроках (на 4-й день), чем при традиционном методе терапии (на 7-й день). В процессе лечения менялся характер кашля, он становился более редким, менее выраженным уже на 6-й день в основной подгруппе и только на 9-й день — в контрольной. Положительные изменения нашли соответствующее отражение и в динамике балльной самооценки состояния больных. При хорошей результативности обоих вариантов лечения в данной подгруппе количе-

ственные показатели тяжести процесса указали на большую эффективность использования теофиллина. На 20-й день лечения состояние пациентов основной подгруппы оценивалось в $0,4 \pm 0,2$ балла, тогда как в контрольной подгруппе — в $1,5 \pm 0,5$ балла (рис. 1а).

Во 2-й подгруппе больных исходное состояние, также определяемое по комплексной характеристике, составляло $7,7 \pm 0,4$ балла. В основной подгруппе было 13 человек, в контроле — 17. Лечение больных в данной подгруппе оказалось также эффективным. Приступы удушья были купированы полностью, но по сравнению с больными 1-й подгруппы у них сохранялись периоды легкого затрудненного дыхания. Такого эффекта нам удалось достигнуть в основной подгруппе в среднем к 10—12-му дням лечения, тогда как в контрольной — в среднем к 17-му дню. Выраженность одышки при физической нагрузке в основной подгруппе уменьшилась к 7-му дню лечения, в контрольной — к концу 2-й недели. В ходе лечения кашель становился менее интенсивным, не переходил в приступы удушья, начинала хорошо отходить мокрота. Подобное состояние у больных основной подгруппы было констатировано к 7-му дню приема препарата, в контрольной — только к началу 3-й недели. Анализ количественных показателей тяжести течения заболевания показал большую эффективность использования теофиллина. На 20-й день лечения состояние больных основной подгруппы оценивалось в $2,0 \pm 0,1$ балла, контрольной подгруппы — в $4,5 \pm 0,2$ балла (рис. 1 б).

В 3-й подгруппе исходное состояние было определено в $11,5 \pm 0,1$ балла. Число больных основной подгруппы составило 11, в контрольной — 17. Лечение не привело к полному купированию приступов удушья ни в контрольной, ни в основной подгруппах, но нам удалось уменьшить количество приступов от 5—6 до 1—3 раз в сутки уже на 6—8-й дни лечения в основной подгруппе и лишь к концу 2-й недели — в контрольной. Одышка в покое исчезла полностью в сред-

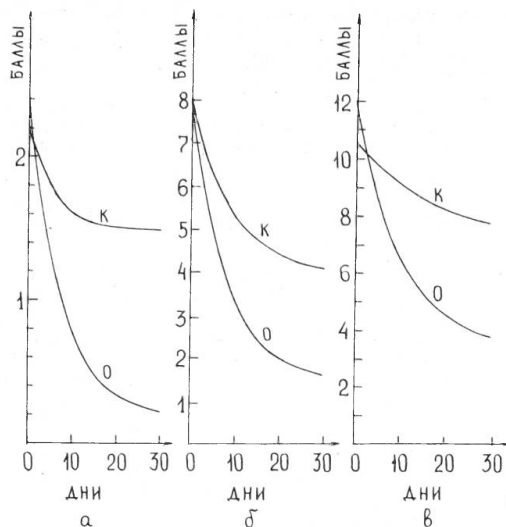


Рис. 1 а, б, в. Динамика состояния больных в баллах.

нем к 10–12-му дням лечения в основной подгруппе и только к 15–20-му дням — в контрольной. Изменился характер кашля, он не вызывал приступов удушья. Лучше стала отходить мокрота: в основной подгруппе — на 9-й день лечения, в контрольной — на 17-й день. Анализ изменения в симптоматике нашли соответствующее отражение и в динамике состояния больных. На 20-й день лечения состояние больных основной подгруппы оценивалось в $4,5 \pm 0,1$ балла, тогда

как в контрольной — в $8,4 \pm 0,2$ балла (рис. 1в).

Таким образом, разработанный нами вариант применения средних доз теofilлина для лечения больных atopическими формами бронхиальной астмы оказался более действенным, чем стандартная терапия. Наибольший эффект теofilлин давал при лечении больных с легкими и среднетяжелыми формами заболевания. Однако при лечении тяжелых форм atopической бронхиальной астмы применение теofilлина имеет свои преимущества (уменьшение количества приступов, изменения их выраженности). Применение средних доз теofilлина не требует в процессе лечения определения его суточных концентраций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Г. Ф., Закирова М. А., Лушанова Г. И. // В кн.: Фармакокинетика эуфилина у больных бронхиальной астмой. — Новосибирск, 1982.
2. Сидорова Л. Д., Логвиненко А. С. // В кн.: Современные методы лечения и профилактики бронхиальной астмы. / Под ред. Г. Б. Федосеева. — Л., 1985.
3. Berthou F., Riche C., Alix D. et al // Therapie, 1982. — Vol. 37. — P. 53–64.
4. Iwainisky H., Sehrt J. // Z. Erkr.-Atm. — 1979. — Bd. 152. — S. 21–36.
5. Miller M., Opheim K. E., Raisys V. A., Motulsky A. F. // Clin. Pharmacol. Ther. — 1984. — Vol. 25. — P. 170–182.
6. Schack I. A., Waxler S. H. // J. Pharm. Exp. Ther. — 1949. — Vol. 97. — P. 283–291.

Поступила 25.08.89.

УДК 616.617—002.2—085.366.15

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ ИНСТИЛЛЯЦИЯМИ АУТОКРОВИ

А. П. Суворов, В. Д. Капланов, С. Н. Денисов, Л. Б. Лещинская

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. С. И. Довжанский)
Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Воспаление мочеиспускательного канала у мужчин довольно часто продолжается (и прогрессирует) длительное время после устранения этиологического фактора (гонококка, трихомонад, вирусной инфекции и др.). Затяжная воспалительная реакция обусловлена рядом причин и прежде всего снижением локальных защитных свойств слизистой оболочки в результате воспаления и деструктивных процессов.

Широко используемые при лечении хронических уретритов инстилляции медикаментозных препаратов серебра, растительных биостимуляторов не всегда достаточно эффективны. Кроме того, растительные биостимуляторы не обладают противомикробным и противовоспалительным действием,

могут раздражать слизистую оболочку уретры, вызывать сенсibilизацию и аллергические реакции. Наконец, они довольно дорогие и дефицитные.

Нами предложен способ лечения хронических негoнококковых уретритов путем инстилляции аутокрови, который осуществляется следующим образом. В день инстилляций больному проводят массаж уретры на буже. Затем из локтевой вены берут 8–10 мл крови в шприц со стерильным раствором 3,8% цитрата натрия (0,5 — 1,0 мл). Содержащуюся в шприце кровь перемешивают с цитратом натрия (покачиванием) и вводят через катетер последовательно в заднюю и переднюю уретру, где удерживают около 30 мин (курс — 4–5

инстилляций через 1—2 дня). Для взятия крови и ее инстилляций используют иглы и шприцы с силиконовым покрытием и уплотнителями, что предохраняет клеточные элементы крови от разрушения.

Лечение проведено 46 мужчинам в возрасте от 19 до 40 лет, у которых был диагностирован негонококковый хронический тотальный уретрит (из них у 8 — постгонорейный, у 31 — посттрихомонадный и у 7 — бактериальный). Длительность заболевания составляла от 6 мес до 2 лет. В период инстилляций аутокрови другую терапию не проводили.

До лечения больные жаловались на зуд, жжение в уретре и болезненность при мочеиспускании. В мазках выявлялись лейкоциты до 60—80 в поле зрения. При уретроскопии определялись отек и гиперемия слизистой оболочки. Ранее больные без достаточного эффекта были лечены инстилляциями медикаментозных препаратов серебра и растительных биостимуляторов, причем некоторые получали неоднократные повторные курсы такой терапии.

Клинико-лабораторное обследование, проведенное в динамике, позволило констатировать отчетливый терапевтический эффект инстилляций аутокрови при хронических уретритах. Как правило, на 2—3-й день лечения заметно уменьшались выделения из мочеиспускательного канала, полностью прекратился зуд, на 3—5-й день частично уменьшались гиперемия и отек губок уретры. Одновременно исчезали нити во 2-м стакане мочи и значительно снижалось содержимое лейкоцитов в мазках. На 8—11-й день терапии визуально не определялись патологические примеси в моче, на 9—14-й день полностью разрешались воспалительные признаки слизистой уретры и ее желез.

В таблице представлена динамика клинико-лабораторных показателей при использовании предложенного способа. В качестве сравнения обобщены данные, полученные при лечении 10 больных хроническим уретритом инстилляциями 0,5% раствора азотнокислого серебра.

Следовательно, исчезновение субъективных и разрешение объективных признаков хронического уретрита при лечении предложенным способом в среднем на 3—4 дня происходит раньше, чем при использовании традиционных средств терапии, причем положительный клинический эффект отмечается у всех больных. Побочных явлений не наблюдается.

Приводим выписку из истории болезни.

Ф., 30 лет, поступил в клинику 04.01.1985 г. с жалобами на зуд, жжение в уретре и боль, резь при мочеиспускании. Имелись выделения. В 1984 г. перенес гонорею, по поводу которой амбулаторно получал разнообразную терапию, в том числе антибиотики и геновакцину. При поступлении

Динамика клинико-лабораторных показателей при лечении хронических уретритов инстилляциями аутокрови

Клинико-лабораторные показатели	Динамика показателей при лечении (в днях)	
	инстилляциями 0,5% раствора азотнокислого серебра	инстилляциями аутокрови
Исчезновение зуда	5—10	2—5
Уменьшение выделений	3—5	1—4
Прекращение выделений	7—13	5—10
Уменьшение отека и гиперемии губок уретры	2—7	3—5
Исчезновение нитей во 2-м стакане мочи	6—8	3—7
Исчезновение нитей в 1-м стакане мочи	10—11	8—11
Уменьшение лейкоцитов в мазках на 50%	3—5	3—5
Отсутствие лейкоцитов в мазках	7—10	5—9
Данные уретроскопии:		
частичное разрешение отека и гиперемии	3—5	1—3
полное разрешение отека и гиперемии	10—13	9—14
Отсутствие воспалительных явлений в криптах и железах Литтре	11—14	9—14

в клинику в мазках из уретры гонококки и трихомонады не обнаружены (исследования повторяли 9 раз). Моча в 1-м стакане мутная, содержит слизисто-гнойные нити, во 2-м — также мутная. В отделяемом уретры определялось до 60—70 лейкоцитов в поле зрения. Уретроскопическая картина: слизистая оболочка уретры гиперемированная, отечная, разрыхленная.

Диагноз: хронический тотальный бактериальный уретрит. Больному назначено лечение: вначале внутримышечно пенициллин и пирогенал, внутрь олететрин, затем инстилляции 0,5% раствора азотнокислого серебра. Однако и после курса лечения мочеиспускание из-за боли и жжения было по-прежнему затруднено, в уретре сохранялся зуд. По утрам появлялись выделения из мочеиспускательного канала. Моча в 1-м стакане мутная, во 2-м — с единичными хлопьями. Уретроскопия: воспалительные явления в уретре (отек и гиперемия ее слизистой оболочки) сохранялись. В отделяемом уретры обнаружено до 40—80 лейкоцитов в поле зрения.

25.01.1985 г. больному было начато лечение инстилляциями аутокрови по рекомендуемому способу (всего проведено 5 инстилляций). Уже после первой процедуры зуд в уретре полностью исчез, мочеиспускание стало свободным и безболезненным. 30.01. после третьей инстилляций прекратились выделения. В 1 и 2-м стаканах моча стала прозрачной. 07.02. после пятой инстилляций уретроскопическая картина стала соответствовать норме (слизистая оболочка уретры обычной окраски, центральная фигура замкнута, сосудистый рисунок хорошо выражен, выводные протоки желез Литтре не изменены).

Больной был выписан 12.02.1985 г. (на 39-й день пребывания в клинике). Данное наблюдение отчетливо свидетельствовало о недостаточной терапевтической эффективности при хронических уретритах антибиотико- и пиротерапии, а также инстилляций раствора азотнокислого серебра.

Таким образом, установлено, что кровь больного хроническим уретритом, введенная в мочеиспускательный канал, то есть при

наружном использовании, обладает противозудным и противовоспалительным эффектом, восстанавливает нарушенную структуру слизистой оболочки. Предложенный способ позволяет сокращать сроки лечения больных, не оказывает побочного действия. Способ вполне доступен и легко осуществим как в условиях стационара, так и в поликлинике.

Поступила 24.08.89.

УДК 616.711+1+616.832—001—0.53.32—073.75

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ РОДОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

О. И. Затекина, Е. А. Морозова

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов) Казанского института
усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Клинические проявления родовых повреждений ЦНС полиморфны и зависят от уровня поражения структур нервной системы. Клиницисты в своей практике часто встречаются с субклиническими проявлениями натальных повреждений, особенно родовых травм спинного мозга. В последующем именно эти незамеченные натальные повреждения вызывают так называемые отсроченные неврологические нарушения [3]. Поздние неврологические осложнения могут возникнуть как в ближайшие недели и месяцы жизни ребенка, так и много лет спустя. Пациентами врача-невропатолога становятся дети с головной болью, обусловленной хронической и церебральной сосудистой недостаточностью, ранним шейным остеохондрозом, нарушениями осанки, с преходящими расстройствами спинального кровообращения, развившимися в результате нестабильности травмированных ранее позвонков, с нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу от легких дисгемий до тяжелых ишемических инсультов со всеми типичными симптомами.

Мы обследовали 225 детей в возрасте от 1 мес 3 дней до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении, с проявлениями отдаленных последствий родовой травмы. Среди больных было 102 мальчика и 123 девочки; большинство из них (116) было в возрасте от 1 мес до 3 лет, 33 пациента — от 3 до 7 лет, 76 — старше 7 лет.

94 ребенка находились на лечении по поводу последствий натальной травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга с различными двигательными нарушениями (миотонический синдром, моно- и парализы) и с синдромом периферической церебральной недостаточности. У 31 больного имелись признаки перенесенной натальной

травмы головного мозга в форме спастического гемипареза, негрубого мозжечкового синдрома, судорожного синдрома, субкомпенсированной и компенсированной гидроцефалии. 50 детей страдали хронической церебральной сосудистой недостаточностью, у 13 пациентов определялось перинатальное поражение центральной нервной системы. У 18 обследованных диагностирован ранний шейный остеохондроз с церебральными нарушениями и корешковым синдромом. Признаки травмы грудного и поясничного отделов позвоночника и спинного мозга обнаружены у 19 детей.

63 пациента были обследованы в динамике при повторной госпитализации.

В акушерском анамнезе в 54,2% случаев имелись указания на патологическое течение беременности и в 73,3% — на отягощенные роды (раннее отхождение околоплодных вод и длительный безводный период — в 10,7%; слабость родовой деятельности и проведение медикаментозной стимуляции, акушерские пособия вплоть до вытягивания ребенка за головку или ручку и наложения вакуум-экстрактора или акушерских щипцов — в 38,6%). 12% детей родились недоношенными, 11,3% — с большой массой тела.

Нам представлялось очень важным обследовать всех этих детей рентгенологически с целью выявления признаков перенесенной родовой травмы, степени значимости этих изменений и их корреляции с клинической картиной болезни.

Мы пользовались стандартными методами исследования черепа и позвоночника (строго по клиническим показаниям), а также специальными методами: боковой спондилографией с функциональными нагрузками (для определения состояния межпозвонковых дисков и выявления патологиче-

ской подвижности между позвонками), снимками шейного отдела позвоночника в косых проекциях, позволяющими обнаружить начальные изменения межпозвонковых отверстий. Для диагностики нарушений взаимоотношений в суставах «головашки» и суставах $C_1—C_{II}$ мы проводили рентгенографию верхних шейных позвонков в прямой проекции через открытый рот, при поражениях спинного мозга на уровне шейного утолщения с верхними явными моноили парапарезами выполняли рентгенографию плечевых суставов, а при локализации неврологических нарушений на нижегрудном и поясничном уровнях спинного мозга — рентгенографию соответствующих отделов позвоночника. У детей первых лет жизни для исключения изменений в тазобедренных суставах рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника в прямой проекции сочетали с одновременным включением в кадр области тазобедренных суставов. При сколиотической деформации позвоночника снимки производили в положении больного стоя и лежа.

Среди 116 больных младшей возрастной группы (до 3 лет) в 61,4% случаев данные клинического и электрофизиологического обследований свидетельствовали о локализации натальных повреждений на шейном уровне. При рентгенологическом исследовании шейного отдела позвоночника те или иные изменения нами были выявлены в 70,3% случаев. Это достаточно высокий процент рентгенологических находок. Все рентгенологические признаки натальных повреждений мы разделили на 3 группы по классификации М. К. Михайлова [2]: 1) признаки смещения, дислокации позвонков; 2) признаки переломов, деформаций позвонков; 3) косвенные признаки повреждения.

В группе дислокаций позвонков мы особо выделили рентгенологические изменения на уровне двух верхних шейных позвонков. Смещения $C_1—C_{II}$ могут быть как в сагиттальной плоскости, так и вокруг оси (ротационные). Ротационные подвывихи атланта выявлены нами в 27,1% случаев. Признаком смещения $C_1—C_{II}$ позвонков в сагиттальной плоскости является расширение щели в срединном атланто-аксиальном суставе (11,6%). В 9,9% случаев определялось изменение оси расположения зубовидного отростка аксиса в виде наклона его кпереди. Мы склонны объяснять этот симптом смещением зубовидного отростка в области синхондроза аналогично механизму «сдвига», описанного в литературе при переломах этого отростка [4].

Рентгенологические признаки дислокаций нижних шейных позвонков (на уровне $C_{III}—C_{VI}$) обнаружены нами у 38,8% больных.

Ко второй группе рентгенологических

симптомов относятся признаки переломов позвонков. У 14% детей боковые спондилограммы показали признаки компрессионного перелома тел $C_{III}—C_{IV}$, C_V позвонков. При тяжелых травмах в процесс вовлекаются и межпозвонковые диски.

К косвенным признакам натальной травмы мы отнесли утолщение тени паравертебральных тканей и обызвествления в них (1,9% и 0,8%), деформацию воздушного столба трахеи (4,1%), рентгенологически подтвержденную кривошею (1,9%), отставание в развитии точки окостенения передней дуги атланта (22,3%), раннее зарастание щели синхондроза между зубовидным отростком и телом аксиса с обызвествлением паравертебральных тканей на данном уровне (2,4%). Все перечисленные выше изменения подтверждают клиническое заключение о том, что на данном уровне была довольно грубая травма.

В младшей возрастной группе стандартная краниография в 75% случаев позволила выявить признаки умеренно выраженной внутричерепной гипертензии при нормальных или несколько увеличенных размерах черепа. Кости свода черепа были умеренно истончены, расширены или подчеркнуты просветы швов. Определялись «вставочные» косточки, большая родничковая кость, удлинение зубов швов. Характерными оказались выраженность рисунка пальцевых вдавлений, борозд каналов вен диплоз и ложа венозных синусов. Захождение костей свода черепа друг на друга было выявлено у 4 детей в возрасте до одного года. Изменений со стороны турецкого седла и основания черепа не отмечалось. У одного ребенка в возрасте 10 мес на месте бывшей кефалогематомы определялся участок локального веретенообразного утолщения диплоического слоя теменной кости. Изменения в тазобедренных суставах диагностированы в 50% случаев в виде отставания в развитии ядер окостенения головок бедренных костей, дисплазий, подвывихов.

При обследовании детей в возрасте от 3 лет до 7 лет описанные выше изменения встречались значительно реже. Нормальная спондилографическая картина была констатирована нами в 55,1% случаев, в то время как в младшей возрастной группе — всего в 29,7%. По-видимому, это объясняется тем, что рентгенологические изменения, обусловленные натальными повреждениями шейного отдела позвоночника, с возрастом нивелируются.

Среди обследованных были дети старшего возраста (старше 7 лет), перенесшие травму в родах. На отдаленных сроках их беспокоили головные боли (68). Одной из частых причин головных болей у детей является раннее развитие шейного остеохондроза. Наличие микроскопических травматических изменений в шейных межпозвон-

ковых дисках, возникающих во время родов, было подтверждено результатами патоморфологических исследований межпозвонковых дисков у новорожденных, погибших в родах [1]. Эти микроповреждения в дальнейшем могут привести к развитию дегенеративно-дистрофических изменений в межпозвонковых дисках, то есть способствовать развитию шейного остеохондроза [1] с вовлечением в процесс позвоночных артерий и заднего шейного симпатического нерва [1, 3].

Травматически обусловленная нестабильность позвоночника является одной из наиболее частых причин развития спинальных и церебральных сосудистых нарушений у детей. Характеризующие ее симптомы (особенно в шейном отделе) обусловлены субклинической, не давшей о себе знать ранее родовой травмой. Достаточно минимальной провокации (например, резкого поворота головы или кувырка), чтобы нестабильные позвонки, обладающие патологической подвижностью, легко дислоцировались, вовлекая в процесс либо сами позвоночные артерии, либо их радикуло-медулярные ветви. Таким образом, патологическая разболтанность позвонков, с одной стороны, приводит к различным, нередко поздним осложнениям родовых повреждений шейного отдела позвоночника, а с другой — ускоряет дегенеративно-дистрофические изменения в межпозвонковых дисках.

Хроническая церебральная сосудистая недостаточность, основным клиническим симптомом которой также является головная боль, возникает вследствие вторичной, натальной обусловленной неполноценности вертебробазилярного кровотока. При этой патологии выявляется сочетание признаков дегенеративно-дистрофических изменений и нестабильности в шейном отделе позвоночника.

Обнаруженные дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника у детей с натальными травмами мы рассматриваем как косвенный признак повреждения на этом уровне, как отдаленное последствие перенесенной родовой травмы. Указанные изменения чаще обнаруживаются на нижнешейном уровне ($C_{IV}-C_{VI}$). Вероятнее всего, данная локализация изменений объясняется тем, что максимальную механическую нагрузку в родах несут именно $C_{IV}-C_{VI}$ позвонки, нестабильность которых в дальнейшем приводит к неполноценности кровотока в данной зоне, ускоряя дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках. Многие неврологические жалобы и симптомы у больных данной группы объясняются снижением высоты межпозвонковых дисков (9,1%), деформацией крючковидных отростков (18,1%), рентгенологических углов тел позвонков (3,3%), нижненаружных рентгенологических углов

боковых масс атланта (47,6%), изменением статике шейного отдела позвоночника — выпрямлением, деформацией шейного лордоза (59,6%), локальной нестабильностью позвонков по типу псевдоспондилолистезов (31,3%), хроническими и динамическими нарушениями стабильности в краниовертебральной области (10,4%). Интересно, что нам удалось обнаружить дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника, а именно удлинение и заострение нижненаружных рентгенологических углов боковых масс атланта у сравнительно маленького ребенка (3,5 года).

Признаками более грубой перенесенной травмы были снижение высоты тел $C_{III}-C_{VI}$ позвонков (в 8,1% случаев), а также образование посттравматического блока двух смежных позвонков с реакцией на травму передней продольной связки на том же уровне в виде ее обызвествления (у 2). Среди наших больных костные аномалии шейного отдела позвоночника встречались редко (аномалия Кюммерле у 5 больных, недоразвитие и незаращение задней дуги атланта — у 13).

Рентгенологическое исследование черепа производилось у всех больных данной группы прежде всего для исключения другой патологии. На краниограммах определялись признаки нарушения оттока венозной крови из полости черепа. Рентгенологические находки на грудном и поясничном уровнях выявлялись чаще у детей старшей возрастной группы в виде искривления позвоночника, выпрямления физиологических изгибов позвоночника, снижения высоты межпозвонковых дисков, дислокации позвонков, преимущественно на нижнепоясничном уровне.

Таким образом, наиболее часто рентгенологические признаки перенесенной родовой травмы обнаруживаются у детей первых лет жизни (до 3 лет). В возрасте от 3 до 7 лет эти признаки нивелируются; для детей более старшего возраста (старше 7 лет) характерно развитие ранних дегенеративно-дистрофических изменений в шейном отделе позвоночника. На наш взгляд, необходимо отметить отсутствие отчетливой взаимосвязи между степенью рентгенологических изменений и выраженностью клинических проявлений. Рентгенологический метод исследования занимает важное место в диагностике повреждений ЦНС, прежде всего в уточнении топике поражения, назначении адекватного патогенетического, а иногда и этиологического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кушнир Г. М. // Клинические особенности церебральных синдромов шейного остеохондроза в детском возрасте. — Автореф. канд. дисс. — Казань, 1980.
2. Михайлов М. К. // Рентгенодиагностика ро-

довых повреждений позвоночника. — Казань, 1983.

3. Ратнер А. Ю. // Родовые повреждения нервной системы у детей. — Казань, 1985.

4. Селиванов В. П., Никитин М. Н. // Диагностика и лечение вывихов шейных позвонков. — М., Медицина, 1971.

Поступила 02.06.89.

УДК 616.19—006.6—07

МАТРИЧНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ

Ю. Я. Грицман, Е. Н. Славнова, М. И. Чаплук, И. Н. Батинов, М. А. Куницина, А. А. Моторин

Московский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена

Способы определения различий объектов или явлений путем сравнения одинаковых групп общеизвестны. Так, при оценке методов лечения применяются неконтролируемые и контролируемые способы оценки различий в результатах. Неконтролируемые исследования проводятся путем оценки результатов лишь в одной группе больных или сравнение ведется с ранее леченными больными (исторический контроль). Контролируемые клинические испытания — проспективное исследование, в котором сопоставляемые две группы больных получают различные виды лечения: в одной — общепринятое, в другой — новое изучаемое [4, 5].

Достоинства кооперированных исследований следующие: они дают возможность получить достоверно обоснованное заключение о преимуществе того или иного метода лечения, значительно сократить сроки проведения исследования; собрать необходимое число наблюдений при редких формах заболевания; исключить влияние на конечный результат особенностей, характеризующих какое-либо одно учреждение; использовать ЭВМ и методы математического анализа.

В современных научных исследованиях, например в онкологии, кооперированные исследования занимают доминирующее положение [1].

Однако перспективные кооперированные рандомизированные исследования имеют и ряд недостатков: сложность внесения поправок в программы по ходу работы; неизбежное «постарение» методик во время исследования, длящегося от 3 до 5 лет; ретроспективный метод оценки результатов, снижающий преимущества проспективной программы; различия в подходах к оценке стадийности заболевания, дефекты отдельных разрабатываемых документов в связи с участием многих учреждений и врачей в выполнении единой программы, выход части больных из-под наблюдения и т. д. [3].

Известен также способ оценки методов лечения больных со злокачественными опухолями [2]. Он предусматривает: обработку

значительного количества (не менее 1000 наблюдений) архивных историй болезни больных раком одной локализации из различных учреждений со сроком наблюдения не менее 10 лет, при этом обеспечивается возможность анализа достаточного числа разнообразных клинических форм и методов лечения;

работу с первичной документацией (истории болезни, протоколы операций и морфологических исследований, амбулаторные карты, справки загсов и районных онкологов и т. д.), что позволяет проследить отдаленные результаты у 83% больных;

перенесение всех данных из первичной документации на специально разработанную карту с последующей обработкой на ЭВМ;

возможность использования ЭВМ для ретроспективной рандомизации по методам лечения, подсчета эффективности методов лечения по критерию продолжительности жизни больных с вычислениями оптимальной ошибки.

Апробация описанного метода была проведена на примере рака молочной железы, при этом выявлен ряд его достоинств. В результате использования такого метода обработки документации удастся создать архив данных, а в случае применения ЭВМ — банк данных, существенно повысить достоверность конечных результатов, расширить круг признаков, доступных для изучения, и избежать деонтологических недостатков, свойственных проспективному контролируемым исследованиям.

Приведенные способы в конечном счете сводятся к сравнению групп больных, получивших тот или иной вид лечения в целях установления различий. Значительные трудности возникают в оценке различий при сравнительно небольшом количестве сравниваемых объектов (явлений) и разнообразии их характеристик. Предлагаемый матричный способ определения различий объектов или явлений путем сравнения одинаковых групп основан на использовании архивного материала. Он включает в себя несколько этапов, каждый из которых представляет самостоятельную исследователь-

скую ценность и предполагает использование как ручной обработки данных, так и применение статистических методов и ЭВМ.

На первом этапе строят исходную матрицу данных, составленную из элементов, характеризующих каждый из объектов группы, подлежащий сравнению. В частном случае изучения клиники того или иного заболевания используют истории болезни. Матрицу составляют сведения об объектах или явлениях, число которых недостаточно для сравнения с контрольной группой либо изучаемые группы имеют очень разнородный состав.

Чрезвычайно важно выделить четко отработанный список параметров, по которым будет производиться подбор контрольной группы, и взять только те сведения, которые, по мнению исследователя, необходимы для решения задачи сравнения. Исследователь должен хорошо представлять себе еще до начала осуществления предлагаемого способа конкретные задачи сравнения и параметры, по которым оно будет осуществляться. В частном случае изучения отдельных форм рака молочной железы ими, очевидно, должны стать основные факторы прогноза рака данного органа: размеры опухоли, ее локализация в органе, гистологическая структура опухоли, наличие или отсутствие метастазов, их число и расположение, темп роста, возраст больной, менструальная функция и др.

На втором этапе из имеющегося архива по созданной матрице подбирают такое же число идентичных объектов или явлений, различающихся только по изучаемому признаку. При их сопоставлении сравнивают контрольный параметр, характеризующий изучаемый объект или явление, например продолжительность жизни, сроки появления рецидива и др. В заключение дают статистическую оценку достоверности установленных различий.

Поясним предлагаемый матричный способ определения различий объектов или явлений двумя примерами из работ, выполненных нашим коллективом.

В течение длительного времени не было возможности выяснить особенности клинических проявлений и исход рака молочной железы у больных сахарным диабетом. В литературе по указанному вопросу имеют место альтернативные суждения, что связано с разнообразием основного патологического процесса (рак молочной железы) и сравнительной редкостью сочетания данного заболевания с сахарным диабетом; это, в свою очередь, препятствует формированию достаточно больших сравнительных групп наблюдений. Предлагаемый способ создает такие возможности.

Мы располагаем архивом историй болезней 1366 больных раком молочной железы,

леченных 10 и более лет тому назад, судьба которых точно установлена, а у 64% умерших выяснена причина смерти. Все истории болезней были перенесены на формализованные карты, пригодные для любой обработки, в том числе и на ЭВМ. Были взяты основные данные о 119 других больных, у которых рак молочной железы сочетался с сахарным диабетом. Из них у 21 женщины был инсулинозависимый тип сахарного диабета (1 тип), у 98 — инсулинонезависимый (2 тип). На них так же, как это было сделано с архивным материалом, заполнялись формализованные карты по всем признакам. Эти 119 карт послужили матрицей, по которой с помощью ЭВМ из архива были выбраны истории болезни 119 больных раком молочной железы, совпадавшие по 11 основным параметрам с данными больных, не страдавших сахарным диабетом. Для сравнения был избран критерий выживаемости.

В данном исследовании впервые с высокой степенью достоверности были установлены существенные различия в течении рака молочной железы в зависимости от типа сахарного диабета.

Аналогичная работа была проведена с целью выявления значимости врачебных ошибок для исхода рака молочной железы. В качестве матрицы использованы истории болезней 212 больных раком молочной железы, у которых имели место врачебные ошибки (запоздалый диагноз, отказ от дополнительных методов лечения при наличии показаний и т. п.). После формализации 212 историй болезни из архива с помощью ЕС ЭВМ-4030 были отобраны сведения о таком же числе подобных больных, леченных с соблюдением всех современных требований [6]. Для сравнения был избран критерий выживаемости методом Каплана—Мейера на машине СМ-4 [4]. Этот метод предусматривает расчет табличных показателей выживаемости в определенные моменты времени, характеризующиеся неблагоприятным исходом.

Мы приводим сведения о продолжительности жизни 212 больных, при анализе документации которых установлены какие-либо врачебные ошибки и данные о 212 точ-

Сравнительные данные по выживаемости больных раком молочной железы

Продолжительность жизни, годы	Ошибочный диагноз	Правильный диагноз
1	69,0 ± 31,8	87,0 ± 2,3
2	54,0 ± 3,4	79,0 ± 2,3
3	42,0 ± 3,4	72,0 ± 3,1
4	34,0 ± 3,3	67,0 ± 3,2
5	30,0 ± 3,2	64,0 ± 3,3
6	16,0 ± 2,2	59,0 ± 3,4
7	12,0 ± 2,2	55,0 ± 3,4
8	8,0 ± 1,9	51,0 ± 3,4
9	6,0 ± 1,6	47,0 ± 3,4
10	4,0 ± 1,4	44,0 ± 3,4

но таких же больных, у которых диагностика, лечение и организация с современных позиций были безупречными.

Из таблицы видно, что правильная организация медицинской помощи, точная диагностика и адекватное лечение существенно улучшают отдаленные результаты при раке молочной железы.

ВЫВОДЫ

1. На основе использования машинного архива медицинских документов можно ставить конкретные задачи по определению различий при сравнительно небольшом числе наблюдений.

2. Рекомендуем матричный способ определения различий, суть которого заключается в том, что изучаемая группа наблю-

дения является как бы матрицей для подбора из архива группы сравнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарин А. М., Трапезников Н. Н. // Вопр. онкол. — 1978. — № 6. — С. 44—47.
2. Грицман Ю. Я. // Вопр. онкол. — 1984. — № 10. — С. 64—73.
3. Грицман Ю. Я. // Сов. мед. — 1986. — № 4. — С. 113—116.
4. Двойрин В. В., Клименков А. А. // Методика контролируемых клинических испытаний. — М., Медицина, 1985.
5. Капацинский Е. В., Старинский В. В. // В кн.: Материалы VII съезда онкологов УССР. — Симферополь, 1987.
6. Моторин А. А. // Вопр. онкол. — 1988. — № 9. — С. 1093—1097.

Поступила 12.04.89.

ОБЗОРЫ

УДК 616—001.17—085.38—059:615.246.2

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

А. И. Марчук, Т. Л. Заец, В. Е. Станкевич

Институт хирургии имени А. В. Вишневского (директор — акад. АМН СССР В. Д. Федоров)
АМН СССР

Лечение ожоговой болезни представляет значительные трудности. Особенно высокая летальность (51,7% — 64,4%) имеет место в периоде острой ожоговой токсемии, характеризующемся выраженной интоксикацией организма [5, 34].

Согласно токсической теории патогенеза ожоговой токсемии, она определяется токсичностью крови, лимфы, экстрактов из кожи и внутренних органов, жидкости пузырей обожженных. Эта теория признана большинством комбустиологов, мнения исследователей расходятся лишь при оценке природы токсина и места его образования [47, 54].

Методом фракционирования белков обожженной кожи Н. А. Федоров [46] и Б. Е. Мовшев [29] выделили белковую фракцию и установили антигенную специфичность входящего в нее токсического компонента, представляющего собой высокомолекулярный гликопротеид с молекулярной массой 29000 дальтон. Его токсическое действие, как считают авторы, обусловлено блокадой ретикулоэндотелиальной системы.

В последние годы появились сообщения, свидетельствующие об участии в развитии ожоговой токсемии токсических олигопептидов, представляющих собой низко- и среднмолекулярные соединения — так называемые молекулы средней массы, продукты протеолиза [25, 57]. Установлено, что молекулы средней массы — биологически активные вещества пептидной природы с молекулярной массой от 500 до 5000 дальтон [52].

Одним из важнейших пусковых механизмов ожоговой токсемии является неспецифическая воспалительная реакция, которая сопровождается образованием высоких концентраций метаболитов с выраженной биологической активностью [22].

Важное место в патогенезе ожоговой токсемии отводится процессам аутоиммунизации и аутосенсibilизации [21, 56]. Локализирующиеся в тканях антитела или комплексы антиген-антитело способны оказывать на ткань цитотоксическое или аллергическое действие, что приводит к функциональным и дистрофическим изменениям в органах (печени, легких, почках) [45, 47]. Таким же образом поражаются стенки кровеносных сосудов, разрушаются элементы крови [21].

Некоторые авторы признают микробный фактор в качестве непосредственного источника токсемии [51, 55]. Большей частью агрессия идет по лимфатическим путям, поэтому частота положительных результатов посева крови на микрофлору остается низкой до тех пор, пока бактерии не проникнут в просвет кровеносных сосудов. Однако бактериальная интоксикация при ожоговой болезни носит вторичный характер, поскольку и у стерильных животных, несмотря на полное отсутствие микрофлоры, при ожогах развивается токсемия [14].

Клиническая картина ожоговой токсемии характеризуется нарушением функционального состояния практически всех жизненно важных систем организма. При глубоких распространенных ожогах первым признаком острой токсемии является гнойно-резорбтивная лихорадка с ремиттирующей температурной кривой. Прогностически неблагоприятным считается повышение температуры тела более 40°. Иногда гипертермия определяет течение болезни и может быть непосредственной причиной гибели больных [31]. Ведущая роль в развитии гипертермии принадлежит поступающим в кровь ожоговым токсинам, биологически активным метаболитам [47].

Функциональные нарушения центральной нервной системы зависят от тяжести интоксикации, степени отека головного мозга. Характерны многообразные эмоциональные расстройства, нарушение сна, психотические состояния с дезориентацией, которые возникают уже на 3—5-е сутки после ожога. Преобладают делириозный, или аментивный, синдром, возможны бред и галлюцинации.

Уже с первых часов после ожоговой травмы наблюдается дисфункция печени и почек, в основе которой лежат нарушения микроциркуляции, приводящие к развитию дистрофических изменений в указанных органах [38, 50]. Расстройства функции системы органов дыхания считаются одним из ведущих клинических проявлений ожоговой болезни [40]. Ожоговая токсемия нередко сопровождается поражением сердечно-сосудистой системы с развитием токсического миокардита [49]. Часты диспептические явления, парез пищеварительного тракта, что объясняется поражением печени и микроциркуляторными расстройствами в стенках кишечника [9]. Лабораторная диагностика позволяет ориентировочно оценивать степень интоксикации.

В связи с изложенным основной задачей борьбы с токсемией является эффективная детоксикация организма, представляющая весьма нелегкую задачу. Интенсивная терапия при ожоговой токсемии включает мероприятия, направленные на восстановление гемодинамики, улучшение реологических свойств крови, борьбу с инфекцией, инактивацию токсических метаболитов антиферментными препаратами, трансфузионными средствами, а также повышение иммунологических свойств организма, коррекцию водно-электролитных расстройств, белкового дисбаланса, сдвигов в кислотно-щелочном состоянии, нормализацию функций жизненно важных систем и органов, в первую очередь, печени и почек [23, 36].

К сожалению, ингибиторов специфических токсинов у нас практически нет: получение интегральной сыворотки реконвалесцентов сопряжено со многими трудностями, использование антисывороток к различным токсинам начато лишь в эксперименте. Поскольку пока нет возможности инактивировать токсические субстанции, можно попытаться их удалять с помощью элиминационной терапии, используя ее различные варианты. Поэтому в настоящее время все большее применение находят такие методы детоксикации, как гемосорбция, плазмаферез и лимфосорбция.

Наиболее распространенным из экстракорпоральных методов детоксикации, используемых при ожоговой болезни, является гемосорбция. Метод основан на выведении токсических компонентов с помощью твердофазных поглотителей. При сорбции подобными поглотителями токсического вещества происходит фиксация его молекул на поверхности или в объеме поглотителя за счет образования ковалентных или ионных связей вещества с активными группами поглотителя. В настоящее время для клинического применения рекомендуются синтетические угли марок БАУ, АР-3, СКТ-6а, ИГИ, СКН, СУГС, КАЦ. Гемокарбоперфузия приводит к снижению концентрации в крови средних молекул на 40—60% [10, 26]. Из кровотока удаляются низко- и средномолекулярные продукты распада тканей, снижается концентрация гидроперекисей липидов, а также основная масса микробных клеток: на сорбенте фиксируются микробы, токсины, ферменты и иммунные компоненты [3]. Гемосорбция вызывает резкое снижение

количества деформированных эритроцитов [11], концентрации фибриногена и тромбоцитов [13], а также уровня билирубина, аммиака, желчных кислот, фенолов и креатинина сыворотки крови [43].

При ожоговой болезни основными показаниями для проведения гемосорбции являются энцефалопатия, ожог свыше 20%—25% поверхности тела, сепсис [27, 35].

Более конкретно в литературе освещены противопоказания к гемосорбции. Различают абсолютные и относительные противопоказания [17]. К первым относятся кровотечение, коллапс, острая сердечно-сосудистая недостаточность, сливная пневмония, отек легких, шоковое легкое, ко вторым — гипотония, гипокалиемия, гипопroteinемия, тромбоцитопения, иммунодефицит. Преимущество гемосорбции перед другими экстракорпоральными методами, в частности перед гемодиализом, состоит в возможности удаления из крови не только продуктов конечного метаболизма, но и промежуточных метаболитов с различной молекулярной массой, а также микробных тел и их токсинов [27].

Гемосорбцию начинают со 2—5-х суток получения травмы на фоне стабилизации центральной гемодинамики [19, 37, 41]. Сеансы повторяют через 12—24 ч при нарастающей интоксикации [15, 39]. Перед гемосорбцией рекомендуют проводить умеренную гемодилюцию для восстановления соотношения глобулярного и плазматического объема крови и для вымывания токсинов из тканей [8, 41].

Клинический и лабораторный эффект заключается обычно в восстановлении сознания, улучшении самочувствия и аппетита, исчезновении стеновых симптомов, снижении тахипноэ, увеличении почасового диуреза, понижении температуры тела на 1—2,5°, уменьшении лейкоцитоза, сдвига формулы крови влево, протеинурии и цилиндрурии. Непосредственно после гемосорбции токсичность сыворотки снижается в среднем на 25—30% от исходной, однако на следующие сутки вновь отмечается ее повышение. Изменение токсических свойств крови и тканей связано с тем, что после гемосорбции, объемный периферический кровоток обожженных зон увеличивается в 1,5—2 раза. Вектор транспиллярного обмена изменяется в направлении ткань—кровь для жидкости и белка, что способствует вымыванию токсических веществ (токсических пептидов, продуктов перекисного окисления липидов, протеиназ и др.) из тканей, то есть восстанавливается активный дренаж межтканевой жидкости. При этом уменьшаются отек тканей, белковое пропитывание и плазмопотеря через раневые поверхности. Снижение интоксикации способствует нормализации функций жизненно важных органов — печени, почек, сердца. Следует отметить положительное действие гемосорбции и на иммунный статус организма при ожоговой болезни [8, 20].

Кроме того, ранняя гемосорбция положительно влияет на течение раневого процесса у обожженных. В ожоговой ране после гемосорбции ускоряется образование демаркационного вала из нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов, ограничивающего зону первичного прямого некроза. Демаркация предупреждает инвазию микроорганизмов в зону циркуляторных расстройств и развитие инфекционно-воспалительного процесса [7, 24, 33].

В ожоговой ране сокращается и ослабляется фаза альтерации и эксудации, значительно активируется фаза регенерации, что клинически прояв-

ляется уменьшением сроков эпителизации ран на 4—5 дней после ожога III степени и на 4—11 дней после ожога III б степени [18].

Однако при проведении гемосорбции отмечены и некоторые недостатки и серьезные осложнения. Самым большим недостатком метода является кратковременность положительного эффекта после сеанса гемосорбции [35]. Кроме того, из крови вместе с токсинами удаляются и нужные организму вещества: липиды, холестерин [16]. При исследовании крови больных после гемосорбции в динамике с помощью трансмиссионного микроскопирования были выявлены значительные морфологические изменения эритроцитов: их деформация с постепенной отшнуровкой цитоплазматических выростов, гемолизом, нарушения целостности мембран и реологических свойств крови, а также изменения центральной гемодинамики. При продолжительных или повторных гемосорбциях возникает предпосылка для развития гемолитических осложнений. Особенно это выражено у больных с острой печеночной недостаточностью.

Таким образом, в литературе имеются разногласия в оценке эффективности гемосорбции при состояниях, вызванных эндотоксикозом вследствие ожоговой болезни, что обуславливает необходимость дальнейших исследований.

Одним из принципиально новых методов, применяемых для дезинтоксикации организма, является плазмаферез. Высокая эффективность и простота метода, отсутствие опасности осложнений позволяют использовать его при различных видах эндо- и экзогенной токсемии. Принципиальное отличие плазмафереза от других методов детоксикации заключается в контролируемом (по объему удаляемой плазмы) выведении из крови токсических продуктов с последующим быстрым возвратом отмытых эритроцитов в организм.

Лечебный плазмаферез осуществляют непрерывным или дискретным методами. За одну процедуру замещается 80—100% объема циркулирующей плазмы больного на адекватное количество донорской плазмы. Преимуществами непрерывного плазмафереза являются возможность поддержания адекватного объема циркулирующей крови в ходе операции и минимальная травматизация ее клеточных элементов [30]. Перед операцией плазмафереза проводятся мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики, коррекцию волевических, электролитных и белковых нарушений. Создается умеренная гемодилюция солевыми растворами в сочетании с низко- и средномолекулярными кровезаменителями [28]. После лечебного плазмафереза снижается концентрация низкомолекулярных азотистых соединений (мочевина, креатинина и азота аминокислот), а также уровень средних молекул, общих липидов, серомукоида и активность ряда ферментов. Токсичность плазмы, определяемая биотестированием, уменьшается на 30—70%. Отмечено благоприятное воздействие плазмафереза на иммунную систему [30].

В последние годы применяют различные методы детоксикации в сочетании со стимулирующей неспецифической резистентности с помощью реинфузии УФ-облученной крови больного. Сочетание УФО крови и гемосорбции потенцирует их эффект [12]. По некоторым данным [2], сочетанное использование гемосорбции и УФО крови повышает чувствительность к инсулину, причем гемосорбция в большей степени, чем УФО крови.

К методам детоксикации относится и лимфосорбция, которую проводят путем длительного

наружного дренирования грудного лимфатического протока на шее, позволяющего получать от 1,5 до 6 л лимфы в сут. Реинфузию выполняют после очистки лимфы с помощью углеродных сорбентов типа СКН. Лимфосорбция целесообразна после санации ожоговых ран, что предупреждает всасывание токсических продуктов с раневой поверхности [44].

В генезе ожоговой токсемии рядом исследователей большая роль отводится эндотоксинам кишечной флоры [6, 53]. Структурно-функциональная дезорганизация эритроцитарного барьера, повреждение эндотелиального слоя и базальной мембраны кровеносных сосудов кишечника при тяжелом ожоге способствуют проникновению эндотоксинов в общий кровоток. Это приводит к сенсibilизации организма, содействует развитию сепсиса, угнетению функции жизненно важных органов. Борьба с эндотоксемией осуществляется с помощью энтеросорбентов. Для энтеросорбции применяют следующие виды сорбентов: СКН, полифепан, энтеродез. Механизм их действия заключается в способности связывать токсические вещества и токсины и выводить их через кишечник из организма [48]. В результате применения энтеросорбентов наблюдаются снижение в 2—3 раза лейкоцитарного индекса интоксикации, в 2—3 раза уровня билирубина, нормализация числа лейкоцитов, уменьшение в 2—4 раза токсичности крови по парамециальному методу, восстановление функции печени, уменьшение нарушения всасывательной, моторной и эвакуаторной функций желудочно-кишечного тракта [4, 42]. Использование энтеросорбции позволяет уменьшить количество гемосорбций.

Дренирование грудного лимфатического протока все более широко внедряется в клиническую практику при лечении экзо- и эндотоксикозов [32]. Однако ряд ограничений при осуществлении данного метода не позволяют применять его в широкой практике при тяжелой ожоговой болезни [1].

Остается актуальной проблема профилактики и лечения одного из опасных осложнений ожогового шока — острой олигурии. В последние годы предпринимаются попытки использовать в этих целях метод гемофильтрации. Авторы немногочисленных публикаций [48] отмечают, что в отличие от гемодиализа при гемофильтрации нет обратного тока диализата, вместо него образуется ультрафильтрат, который выводится из организма с большей скоростью, чем при гемодиализе, а также имеется возможность с помощью соответствующих мембран удалять наиболее токсичные вещества со средней молекулярной массой. Исследователи обращают внимание на такие преимущества гемофильтрации перед гемодиализом, как более высокая толерантность больных (отсутствие побочных реакций) и возможность выведения большого количества жидкости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А. А., Молоденков М. Н., Лобинцев В. В. // В кн.: Клиническая лимфология. — Тез. докл. I Всесоюзной конференции. — М., Подольск, 1985.
2. Ашимов А. Г., Волчегорский И. А. // Ожоговая болезнь. — Киев, 1988.
3. Арданатский Н. А., Молоденков М. Н. // В кн.: Сорбционные методы детоксикации и иммунокоррекции. — Харьков, 1982.
4. Артемова В. В., Юрченко Г. К., Дощенко

- Н. П. и др.//Нарушения гомеостаза и их коррекция при ожоговой болезни.— М., 1982.
5. Арьев Т. Е.//Термические поражения.— Л., 1975.
6. Будагов Р. С., Қолов А. В., Петров В. Н. и др.//Пат. физиол.— 1985.— № 2.— С. 27—29.
7. Булай П. И., Қирковский В. В., Ма-зур Л. И.//Тезисы докладов II Украинского съезда гематологов и трансфузиологов.— Киев, 1986.— Т. 2.
8. Вихриев Б. С., Кузнецова Л. А., Тупи-кова З. А.//Тезисы III Всесоюзной конференции. «Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни».— М., 1986.
9. Герасимова Л. И.//Нарушение гомеостаза и их коррекция при ожоговой травме.— Труды НИИ скорой помощи.— М., 1982.— Т. 51.
10. Глинский Г. В., Иванова А. Б.//В кн.: Сорбционные методы детоксикации и иммунокоррекции.— Харьков, 1982.
11. Грошев В. К. и др.//В кн.: Сорбционные методы детоксикации и иммунокоррекции.— Харьков, 1982.
12. Дугина В. М., Ковальчук А. Д., Оби-денникова Т. Н. и др.//Тезисы докладов III Все-союзной конференции «Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой бо-лезни».— М., 1986.
13. Ефимов В. С., Шуркалина Т. Х.//В кн.: Сорбционные методы детоксикации и иммунокор-рекции.— Харьков, 1982.
14. Заец Т. Л., Корякина И. К.//Тезисы до-кладов II Всесоюзного съезда патофизиологов.— Ташкент, 1976.— Т. 1.
15. Казанцева Н. Д., Баиндурашвили А. Г., Меньшутин И. Н.//Тезисы докладов III Всесоюз-ной конференции «Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни».— М., 1986.
16. Кленус Ю. Н.//В кн.: Ожоговая бо-лезнь.— Донецк, 1984.
17. Козан А. Я.//Хирургия.— 1984.— № 4.— С. 52—55.
18. Козинец Г. П.//Клин. хир.— 1986.— № 3.— С. 15—16.
19. Козинец Г. П., Сосюра Т. В., Грибо-вед А. Ф.//Тезисы докладов III Всесоюзной кон-ференции «Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни».— М., 1986.
20. Козинец Г. П., Сосюра Т. В., Настен-ко Е. П.//Тезисы докладов II Украинского съез-да гематологов и трансфузиологов.— Киев, 1986.— Т. 2.
21. Колкер И. И.//Хирургия.— 1980.— № 5.— С. 17—22.
22. Кузин М. И., Заец Т. Л.//Хирургия.— 1981.— № 5.— С. 35—43.
23. Кузин М. И., Сологуб В. К., Юденич В. В.//Ожоговая болезнь.— М., Медицина, 1982.
24. Лавров В. А., Заец Т. Л., Марчук А. И.//Тезисы докладов II Украинского съезда гемато-логов и трансфузиологов.— Киев, 1986.— Т. 2.
25. Лифшиц Р. И.//В кн.: Метаболические основы острой ожоговой токсемии.— Омск, 1977.
26. Лопухин Ю. М.//Хирургия.— 1984.— № 11.— С. 28—29.
27. Лопухин Ю. М., Молоденков М. Н.//Ге-мосорбция.— М., Медицина, 1978.
28. Марчук А. И., Заец Т. Л., Лавров В. А. и др.//Тезисы докладов III Всесоюзной конфе-ренции «Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни».— М., 1986.
29. Мовшев Б. Е.//Вопр. мед. химии.— 1981.— № 4.— С. 560—566.
30. Мурадян Р. И., Голосова Т. В., Панчен-ков Н. Р. и др.//Гравитационная хирургия кро-ви.— М., Медицина, 1983.
31. Мурадян Р. И., Панченков Н. Р.//Экст-ренняя помощь при ожогах.— М., Медицина, 1983.
32. Николаев В. Г.//Метод гемокарбоперфу-зии в эксперименте и клинике.— Киев, Наукова думка.— 1984.
33. Нурмухамедов Х. К., Халилов Х. Н.//Ожоговая болезнь.— Киев, 1988.
34. Орлов А. Н.//Термические поражения.— Л., 1975.
35. Остапенко В. Г.//Хирургия.— 1985.— № 4.— С. 100—106.
36. Рудовский В., Назиловский В., Зиткевич В. и др.//Теория и практика лечения ожогов.— М., Медицина, 1980.
37. Савицкий А. В.//Патогенетические прин-ципы сорбционной детоксикации организма в раннем периоде ожоговой токсемии: Автореф. канд. дисс.— М., 1986.
38. Саркисов Б. С., Сологуб В. К., Каем Р. И., Колкер И. И.//Клин. мед.— 1986.— № 2.— С. 14—22.
39. Светоч А. А., Розентул И. Г., Маля-сов В. Ю.//Тезисы докладов III Всесоюзной кон-ференции «Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни».— М., 1986.
40. Сологуб В. К., Герасимова Л. И., Логи-нов А. П. и др.//Хирургия.— 1980.— № 11.— С. 77—81.
41. Сологуб В. К., Марчук А. И., Заец Т. К. и др.//Тезисы докладов III Всесоюзной конфе-ренции «Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни».— М., 1986.
42. Суздалева В. В., Макарова Н. Л., Ки-селева А. А. и др.//Экспресс-информация ВНИИМИ.— М., 1988.— В. I.— С. 1—8.
43. Терехов Н. Т., Кушко О. В.//В кн.: Сорб-ционные методы детоксикации и иммунокоррек-ции.— Харьков, 1982.
44. Точилин В. Н., Самсонов В. Л., Боли-сов Ф. Ф.//Тезисы докладов III Всесоюзной кон-ференции «Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни».— М., 1986.
45. Уманский М. А., Пинчук Л. Н., Пинчук В. Г.//Синдром эндогенной интоксикации.— Ки-ев, Наукова думка.— 1979.
46. Федоров Н. А.//Вестн. АМН СССР.— 1979.— № 3.— С. 33.
47. Федоров Н. А., Мовшев Б. Е., Недошви-на Р. В., Корякина И. П.//Ожоговая аутоинток-сикация.— М., Медицина, 1985.
48. Шиманко И. И., Комаров Б. Д.//Хирур-гия.— 1984.— № 11.— С. 22—28.
49. Юденич В. В.//Лечение ожогов и их по-следствий.— М., Медицина, 1980.
50. Яковлев В. А., Пелисов М. Г.//Воен. мед. журн.— 1985.— № 2.— С. 37—40.
51. Asavedo J. C. S., Arbuthott J. P.//Infect Immun.— 1984.— Vol. 46.— P. 314—317.
52. Bergström J., Furst P.//Clin. Nephrol.— 1976.— Vol. 5.— P. 143—152.
53. Deith E. A., Maejima K., Berg R.//J. Trau-ма.— 1985.— Vol. 25.— P. 385—392.
54. Heggors F. Ko., Robson M. C.//Plast. re-const. Surg.— 1980.— Vol. 65.— P. 798—804.
55. McManus A. T., Mason A. D. T., Pruitt

B. A. T.//Arch. Surg.—1984.—Vol. 119.—P. 183—188.

56. Winkelstein A.//J. Trauma.—1984.—Vol. 24.—P. 72—83.

57. Yamada T., Nakagawa S.//Trans. Amer. Soc. Artif. Inter. Organs.—1976.—Vol. 22.—P. 156—161.

Поступила 15.06.89.

УДК 616.381—002:616.428—089.8

ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИТОНИТА

Н. А. Велшев

*Кафедра неотложной хирургии (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР, проф. О. С. Кочнев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В последние годы появляется все больше работ как по экспериментальным, так и по клиническим проблемам лимфологии, раскрывающих участие лимфатической системы в возникновении, развитии и исходе самых различных патологических процессов.

Современная лечебная лимфология развивается в четырех направлениях: 1) наружное дренирование грудного лимфатического протока с экстракорпоральным очищением лимфы; 2) эндолимфатическая терапия; 3) лимфотропная терапия; 4) лимфостимуляция. Все эти направления можно условно разделить на две формы воздействия на лимфатическую систему: непосредственно через лимфатические коллекторы (дренирование грудного лимфатического протока и эндолимфатическая терапия) и через другие биологические объекты (лимфостимуляция и лимфотропная терапия). Различные способы и методы, с помощью которых можно управлять функцией лимфатической системы, оправдывают себя при лечении по существу всех патологических процессов.

Наиболее полно патофизиология лимфатической системы в патогенезе перитонита в эксперименте представлена в работах М. М. Миннебаева, который обосновал принцип целенаправленной стимуляции лимфообращения при этой патологии [17].

Известно, что основным патофизиологическим синдромом воспаления брюшины является эндогенная интоксикация организма. Развитие интоксикации связано со всасыванием из брюшной полости токсических веществ, которые транспортируются в основном через лимфатическую систему. Последняя же служит основным связующим звеном в транспорте микроорганизмов из брюшной полости в кровь [18].

Разобщение лимфатической системы с кровеносной путем дренирования грудного лимфатического протока (ГЛП) приводит к уменьшению проникновения токсических веществ и продуктов метаболизма в кровь. В связи с этим целесообразность дренирования ГЛП у больных с перитонитом не вызывает сомнений.

ГЛП дренирует лимфу из брюшной полости и нижних конечностей, левой половины тела, левой половины головы и шеи, левой части сердца, а правый лимфатический проток — из легких, серозной полости сердца, правок верхней поверхности головы и шеи. Через правый лимфатический проток дренируется всего 5—20% лимфы организма [31]. Печеночная и кишечная лимфа одинаково участвуют в образовании общей лимфы ГЛП.

Наружное дренирование ГЛП при перитоните прерывает основной путь транспорта микроорганизмов из брюшной полости и снижает бактериэмию [18]. Выведение лимфы в конечном итоге сопровождается снижением токсических свойств лимфы, крови и мочи, что в полной мере коррелирует с улучшением клинического состояния больного и клинико-биохимических показателей лимфы и крови [10]. Путем дренирования ГЛП с лимфой выводятся тромболитические активные вещества [29], аммиак, мочевина, остаточный азот [20], нормализуется нарушенный липидный и углеводный обмен [23, 25], уменьшается количество продуктов перекисного окисления [16], отводятся недоокисленные продукты метаболизма [22], снижается ферментная интоксикация организма [19], восстанавливается белковосинтезирующая функция печени [5].

Важным критерием эффективности детоксикационной терапии и показанием к дренированию ГЛП является оценка в динамике токсичности биологических сред организма — крови, лимфы, мочи, перитонеального экссудата (по методу, основанному на времени гибели парameций [10], коэффициенту токсичности [21], индексу резистентности организма) [11].

Дренирование ГЛП в терминальной стадии перитонита не дает эффекта [23]. Основным и наиболее важным показанием к дренированию ГЛП служит выраженная интоксикация [21]. Показанием к дренированию ГЛП также считают разлитой гнойный, каловый и ферментативный перитонит, если прогноз выздоровления сомнителен. Эффективность лимфатикостомии возрастает при увеличении сброса лимфы с помощью наложения временного турникета на устье ГЛП и введение маннитолa [11], а также при применении гепарина [1], глюкозы, мочевины [26]. Поскольку при низкой скорости лимфооттока наружное дренирование ГЛП бывает неэффективным, результативность лечения может повысить одновременное применение лимфостимуляции. Дренирование ГЛП связано с техническими трудностями и не всегда заканчивается успехом. Кроме того, во время выделения ГЛП возможны осложнения, связанные с повреждением глубоких сосудисто-нервных образований шеи, а также плевры. Отсюда становится ясным, что использование этого метода должно быть строго обоснованным.

Полноценная компенсация жизненно важных компонентов лимфы (лимфоцитов, эритроцитов, иммуноглобулинов, альбуминов, глобулинов, ферментов, гормонов и др.), теряемых в процессе детоксикации организма при длительном дренировании ГЛП [30], до сих пор остается актуаль-

ной проблемой клинической лимфологии. Накопленный опыт показывает, что лимфосорбция может привести к осложнениям различного характера (до 11,1—19,2% случаев) [2]. Б. С. Брискин и соавт. [3] на основании своего клинического опыта по проведению лимфосорбции выделяют три основные группы осложнений, наблюдавшихся у 15,3% больных: 1) при наружном дренировании ГЛП, в том числе при подходе к протоку и его идентификации, во время канюляции протока, при фиксации катетера в лимфопотоке; 2) при лимфосорбции, в том числе сборе лимфы и ее очищении; 3) осложнения в послеоперационном периоде, в том числе общехирургические и специфические. Данные обстоятельства ограничивают применение дренирования ГЛП. Перед клиницистами стоит задача усовершенствования данного способа детоксикации.

Поиск новых путей лечения перитонита привел к применению эндолимфатической антибиотикотерапии. Путем эндолимфатического введения лекарственных препаратов можно достичь высоких концентраций лекарств в лимфе, лимфоузлах, очаге воспаления на протяжении длительного времени. При этом достигается терапевтическая концентрация препарата и в крови. Эндолимфатическое введение лекарственных препаратов проводится путем канюлирования лимфатического сосуда нижних конечностей. Эффективность эндолимфатического введения антибиотиков обусловлена не только созданием высоких и длительно удерживающихся концентраций препарата в крови и других тканях, а также санацией лимфатической системы и повышением иммунной активности организма [15]. Эндолимфатическая терапия должна рассматриваться как часть комплекса мероприятий, направленных на дезинтоксикацию организма, предотвращение вторичного иммунодефицита, восстановление микроциркуляторных процессов при тяжелых септических состояниях [4]. При этом способе введения антибиотиков наибольшей способностью проникать и обратно связываться с субклеточными структурами ткани лимфоузлов обладают препараты цефалоспоринового ряда, в несколько меньшей степени — аминокликозиды и полусинтетические пенициллины [8]. Высокие и длительно сохраняющиеся концентрации антибиотика в лимфе и лимфатических узлах при эндолимфатическом введении обеспечивают его высокую эффективность и в тех случаях, когда возбудитель слабо чувствителен или устойчив к антибиотикам [31].

Изучая новые возможности эндолимфатической терапии в лечении хирургической инфекции, С. В. Лохвицкий и соавт. [15] пришли к выводу, что при этом антибиотикі обратимо связываются с лимфоцитами и транспортируются к очагу инфекции. При центральных локализациях воспалительного очага в брюшной полости повышение концентрации антибиотиков достигается фармакологическим блоком лимфооттока [9].

В последние годы в клинической практике стали применять эндолимфатическую антибиотикотерапию для профилактики [7], в частности, сепсиса при гнойных заболеваниях брюшной полости [24]. Эндолимфатическое введение иммуностимуляторов и корректоров (иммуноглобулин, лизоцим, ацил и др.), а также ингибиторов протеаз улучшает результаты лечения. Введение же продигозана и тималина способствует восстановлению нарушенных параметров иммунной системы больных с острыми воспалительными заболеваниями брюшной полости [13].

Критериями эффективности эндолимфатической терапии являются в основном обычные клинико-лабораторные данные, недостаточно полно отражающие течение воспалительного процесса в брюшной полости. До сих пор не до конца изучены наиболее рациональные пути внутрилимфатического введения лекарственных препаратов, показания, время начала и завершения эндолимфатической терапии.

В настоящее время используются следующие пути эндолимфатического введения лекарственных средств: 1) в периферические сосуды; 2) в ГЛП; 3) в периферические лимфатические узлы; 4) в лимфатические узлы брюшной полости (интраоперационно).

Известно, что указанные пути введения лекарственных препаратов могут обеспечивать их высокую концентрацию в области патологического очага и лимфатических узлов брюшной полости в разной степени, хотя они обладают всегда определенным преимуществом перед обычными путями введения. Немаловажное значение имеют усовершенствование технических сторон выполнения катетеризаций лимфатических сосудов и повышение эффективности эндолимфатической антибиотикотерапии путем применения различных процедур, усиливающих продвижение лимфы в сосудах, а также уменьшающих выход лекарств из них.

Для широкого внедрения эндолимфатической терапии необходимо создание более простого способа введения лекарственных препаратов. Разработанный метод лимфотропной антибиотикотерапии [12, 13] заключается в том, что в области голени после введения террилитина или лидазы вводится антибиотик. Террилитин и лидаза повышают проницаемость лимфатических сосудов и тем самым усиливают проникновение в них антибиотиков. Лимфотропная антибиотикотерапия наиболее приемлема в практической медицине в связи со значительным уменьшением дозировки вводимых антибиотиков и достижением высокого профилактического эффекта у больных с повышенным риском гнойно-септических осложнений [16].

Изучалась эффективность одновременного применения регионарной лимфотропной антибиотикотерапии и стимуляции лимфатического дренажа тканей в комплексном лечении перитонита у детей. Такой метод лечения приводил к более быстрой ликвидации воспалительного процесса в брюшной полости, разрешению пареза кишечника, устранению интоксикации и раннему выздоровлению больных [27]. Имеется опыт лечения аппендикулярного инфильтрата с помощью лимфотропной антибиотикотерапии в комбинации с УВЧ [28]. Существует достаточная теоретическая основа для использования лимфотропной терапии, однако не до конца изучены конкретные к ней показания, общетоксическое влияние препаратов, а также арсенал лекарств, применяемых лимфотропным путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Б. В. // Дренирование грудного лимфатического протока при панкреонекрозе и тяжелом отравлении уксусной кислотой. — Автореф. канд. дисс. — Волгоград, 1975.
2. Береснов А. В., Шалимов С. А., Шуркалин Б. Х., Скиба В. В. // Сорбционные методы лечения печеночной недостаточности. — Киев, 1984.
3. Брискин Б. С., Яценко А. А., Филонов А. В., Фукалова Т. И. // Хирургия. — 1986. — № 12. —

4. Выренков Ю. Е., Полинов А. В., Вторенко В. И. и др.//Клин. хир.—1988.— № 3.— С. 27—30.
5. Гуца А. Л., Николаева Е. В., Некрасов А. Б.//Вестн. хир.—1986.— № 1.— С. 45—48.
6. Джумабаев Э. С., Ибадов И. Б.//В кн.: Клиническая лимфология.— I Всесоюзная конференция лимфологов.— М., 1985.
7. Ермолов А. С., Удовский Е. Е., Григорян А. Р. и др.//В кн.: Клиническая лимфология.— I Всесоюзная конференция лимфологов.— М., 1985.
8. Ерохин И. А., Зубарев П. Н., Белый В. Я. и др.//В кн.: Всесоюзный съезд хирургов (тезисы, доклады, сообщения).— Ташкент, 1986.
9. Карякин А. М., Пестерова Н. А.//Вестн. хир.—1982.— № 11.— С. 62—68.
10. Комаров Б. Д., Шиманко И. И., Милованов Ю. С. и др.//Хирургия.—1983.— № 4.— С. 52—58.
11. Кочнев О. С., Ким Б. Х.//Хирургия.—1987.— № 3.— С. 44—48.
12. Левин Ю. М.//Проблемы внутритканевой и лимфососудистой терапии в онкологии.— М., Медицина, 1976.
13. Левин Ю. М.//Основы лечебной лимфологии.— М., Медицина, 1986.
14. Эндолимфатическая и лимфотропная терапия./Под ред. Ю. М. Левина.— Ташкент.—1987.
15. Лохвицкий С. В., Марденов А. Б., Бисмюльдин Х. Б. и др.//В кн.: Всесоюзный съезд хирургов (тезисы, доклады, сообщения).— Ташкент, 1986.
16. Иващенко С. П., Жидвинов Г. И.//В кн.: Актуальные вопросы хирургической гепатологии и гастроэнтерологии.— Волгоград, 1975.
17. Миннибаев М. М.//Роль и функция лим-

фатической системы в патогенезе острого воспаления брюшины в эксперименте.— Автореф. докт. дисс.— Казань, 1975.

18. Николаева Е. В.//В кн.: Клиническая лимфология.— I Всесоюзная конференция лимфологов.— М., 1985.
19. Николаева Е. В.//Вестн. хир.—1985.— № 10.— С. 35—38.
20. Панченков Р. Т., Уртаев Б. М., Ярема И. Б., Квателадзе Р. Б.//Хирургия.—1977.— № 4.— С. 3—6.
21. Панченков Р. Т., Ярема И. В., Силманович Н. Н.//Лимфостимуляция.— М., Медицина, 1986.
22. Потемкина В. Е., Мейтина Р. А., Ярема И. В. и др.//Анестезиол. и реаниматол.—1984.— № 3.— С. 38—41.
23. Савельев В. С., Трицин А. А., Ильичева Р. Ф. и др.//Хирургия.—1981.— № 5.— С. 6—9.
24. Стащук В. Ф., Уца В. В.//Анестезиол. и реаниматол.—1981.— № 4.— С. 48—49.
25. Станиславский О. К., Курыгин А. А.//Вестн. хир.—1986.— № 11.— С. 104—107.
26. Сорокатый А. Е.//Анестезиол. и реаниматол.—1978.— № 5.— С. 65—68.
27. Султанбаев Т. Ж., Левин Ю. М., Деналаев Б. К. и др.//Клин. хир.—1988.— № 6.— С. 43—45.
28. Фищенко А. Я., Ошевский Н. И., Желоба И. Д.//Клин. хир.—1988.— № 4.— С. 41—43.
29. Ярошенко И. Ф.//Бюл. экпер. биол.—1986.— № 1.— С. 20—22.
30. Шиманко И. И., Мусселиус С. Г., Милованов Ю. Г.//Сов. мед.—1983.— № 2.— С. 49—54.
31. Щербакова Э. Г., Выренков Е. Я. и др.//Антибиотики.—1980.— № 5.— С. 375—381.

Поступила 16.02.89.

УДК 616—006.6—02:616.428

ДИНАМИКА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РЕГИОНАРНЫХ К РАКОВОЙ ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Д. Э. Цыплаков, В. А. Добрынин

Кафедра патологической анатомии (зав.— проф. В. А. Добрынин)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Рост заболеваемости и высокая смертность больных раком различных органов диктуют необходимость поиска эффективных методов ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований, а также изучения факторов, определяющих течение заболевания и его прогноз. Успешное решение этих задач невозможно без тщательного исследования функциональной морфологии регионарных к опухоли лимфатических узлов, выступающих в роли первого барьера на пути метастазирования рака. Выяснение роли лимфатических узлов в процессе метастазирования опухоли является одним из основных вопросов современной онкологии, поскольку наличие метастазов в регионарных лимфоузлах значительно ухудшает прогноз, снижая срок 5-летней выживаемости [20, 22]. Это убедительно продемонстрировали в сво-

их исследованиях Фишер и соавт. [20], обнаружив у 505 больных значительное различие в частоте ремиссий без рецидива при отсутствии метастазов в лимфоузлах (85%) и их наличии (63%). При поражении 4 лимфатических узлов этот показатель составил 40%, более 13 — 16,4%. Пятилетняя выживаемость при поражении 4 лимфоузлов наблюдалась в 47,1% случаев, более 13 — в 28,4%. Сходные данные были получены и другими авторами [25], которые считают метастазирование в регионарные лимфатические узлы основным прогностическим признаком при раке желудка. После гастрэктомии при наличии метастазов в регионарных лимфоузлах 5 лет жили 26% больных, тогда как при их отсутствии — 78%.

Анализ литературы показывает, что роль регионарных лимфатических узлов в процессе ме-

тастазирования опухоли и генерализации процесса нельзя считать выясненной. Довольно четко в настоящее время определились два противоположных подхода к оценке барьерной функции лимфоузлов при развитии злокачественных новообразований. Первый заключается в отрицании роли лимфатических узлов как барьера для опухолевых клеток [19]. Более того, допускается, что лимфоузлы в определенных условиях стимулируют рост опухоли, распространяя злокачественные клетки в следующие лимфоузлы [14], поэтому лимфаденомектомия — фактор, препятствующий опухолевой диссеминации. Согласно другому подходу, лимфоузлы являются важным барьером на пути развития опухоли [6], их удаление приводит к снижению резистентности и последующему развитию новообразования [27].

Подобные противоречия объясняются прежде всего сложностью проблемы, отражающей систему взаимодействий в иммунной системе на клеточном и гуморальном уровне [28], а также отсутствием единого методического подхода при изучении и оценке реакций, возникающих в регионарных лимфатических узлах при опухолевом росте.

Наличие различных в функциональном отношении зон и большого числа неоднородных клеточных элементов определяет многообразие числа реактивных изменений в лимфоузлах в ответ на развитие рака. До появления метастазов в лимфоузлах при первой стадии заболевания наблюдается лимфоплазматическая реакция в виде изменения количества лимфоцитов, перераспределения числа Т- и В-клеток, паракортикальной реакции, гиперплазии лимфоидных фолликулов с возникновением реактивных центров, плазматизации и бластообразования. Важность данной реакции заключается в том, что она выражает процессы клеточного и гуморального иммунитета. Показано [8], что иммунные реакции при раке можно разделить на четыре типа: 1) с преобладанием Т-клеточной системы иммунитета; 2) с преобладанием В-клеточной системы иммунитета; 3) с равномерно высоким уровнем функционирования Т- и В-клеточных систем иммунитета; 4) с низким уровнем функционирования Т- и В-клеточных иммунных систем.

Несомненно важная роль при росте опухоли клеточных иммунных реакций, поскольку Т-лимфоцитам отводится главенствующая роль в противоопухолевой защите [5]. И вполне понятно, что проявления реакций клеточного иммунитета, например гиперплазия паракортикальной зоны, рассцениваются как хороший прогностический признак [18].

К числу ранних реакций лимфоузлов на опухоль относятся ретикулогистиоцитарная и макрофагальная реакции, которые выражаются в наличии синусного гистиоцитоза и пролиферации макрофагов. Имеется достаточно полная морфологическая характеристика состояния синусов при раке желудка [3]. Выделены три основных разновидности гистологической картины, последовательно сменяющих одна другую: 1) синус-гистиоцитоз — синусы расширены, заполнены лимфой со свободно расположенными в ней лимфоидно-гистиоцитарными клетками; 2) ретикулярно-клеточные тяжи — синусы без лимфы, клетки в них преимущественно ретикулярного типа, плотно расположены в виде светло-волокнистых тяжей; 3) фиброз синусов — в синусах соединительная ткань. В результате ультраструктурных исследований синусный гистиоцитоз был разделен на негативный, позитивный и дегенеративный [24]. Не-

гативная реакция характеризуется спадением, истощением синусов, содержащих лишь несколько гистиоцитов. Позитивный гистиоцитоз проявляется дилатацией синусов, в которых находятся крупные гистиоциты с невакюолизированной цитоплазмой. Дегенеративные процессы сопровождаются расширением межуллярных синусов, наличием больших гистиоцитов с вакуолями и разнообразными клеточными границами, фиброзом синусов.

Оценивая синусный гистиоцитоз, отметим, что он является показателем активности макрофагов [29], которые, во-первых, определяют антигенную стимуляцию противоопухолевого иммунитета, во-вторых, принимают непосредственное участие в неиммунном фагоцитозе опухолевых клеток [15], поэтому синусный гистиоцитоз служит прогностически благоприятным фактором [18].

При дальнейшем развитии опухоли и переходе заболевания во вторую клиническую стадию в непораженных метастазами лимфоузлах возникают нарушения в системе кровеносного микроциркуляторного русла, что сопровождается снижением фосфатазной активности сосудистых стенок, их отеком, мультипликацией и огрубением ретикулиновых волокон [9]. При ультраструктурном исследовании обнаруживаются выраженный пиноцитоз эндотелия, увеличение числа рибосом, отек субэндотелиального пространства, расщепление и фрагментация базальной мембраны. Наряду с этими изменениями, характеризующими снижение функциональной активности сосудистых стенок и увеличение их проницаемости, изменяются реологические свойства крови, что приводит в конечном итоге к отложению внутри- и внесосудистого фибрина [11]. Подобные изменения микроциркуляторного русла во многом обусловлены тучно-клеточной реакцией, которая характеризуется увеличением числа и дегрануляцией мастоцитов с высвобождением гистамина, способного расширять просвет и увеличивать проницаемость сосудов [12].

Циркуляторными изменениями определяются и стромальная реакция в виде склеротических процессов, поскольку при сосудистых расстройствах возникают гипоксические состояния, служащие хорошим фоном для пролиферации фибробластов и синтеза ими коллагена.

Оценивая описанные реакции, отметим, что внутрисосудистое образование фибрина способствует фиксации клеток опухоли к сосудистой стенке и последующему формированию метастатического узла [13]. Внесосудистый же фибрин в лимфатических узлах также может содействовать метастазированию [9], так как обеспечивает консолидацию и питание опухолевых клеток [2] и, кроме того, может предохранять их от цитотоксического действия иммунокомпетентных клеток [7], что делает невозможным проявление иммунного ответа. Все это является одним из факторов приживления в лимфатическом узле метастазов и дальнейшей генерализации процесса. Такую же роль играют и склеротические процессы в лимфоидной ткани [17].

На фоне описанных циркуляторных расстройств и склеротических процессов еще до развития в лимфоузлах метастазов намечается тенденция к снижению интенсивности синусного гистиоцитоза, несколько инактивируются клеточные иммунные реакции при сохранении на достаточно высоком уровне проявлений гуморального иммунитета, что также предопределяет метастазирование опухоли в лимфатические узлы и приживление

здесь раковых клеток [10, 11].

Как же ведет себя лимфатический узел при появлении в нем метастазов? Существует мнение, что специфические изменения в структуре лимфоузла и поведение его элементов метастаз не вносит, все изменения развиваются на фоне предшествующих, вызванных раковой интоксикацией [4]. Этот вывод, в какой-то мере подтверждающий исследования Л. О. Анисимовой [1], изучавшей регионарные лимфатические узлы при раке молочной железы. Согласно наблюдениям автора, морфологические различия между лимфоузлами, свободными от метастазов и пораженными, незначительны: степень активности паракортикальной зоны, мозговых тяжей и мозговых синусов почти одинакова, лишь фолликулярная реакция более выражена в группе метастазирующего рака. Немного меняется в процессе метастазирования ферментативная активность клеток: прогрессия опухоли сопровождается небольшим повышением активности кислой фосфатазы и значительным снижением активности щелочной. Сравнение содержания нуклеиновых кислот показало, что при метастазировании содержание ДНК повышается, а РНК снижается. Следовательно, в процессе метастазирования возрастает пролиферативная активность лимфоцитов и увеличивается разнообразие их метаболических характеристик.

При исследовании 6394 регионарных лимфоузлов, полученных от 319 больных раком желудка, после полуколичественной оценки выраженности синусного гистиоцитоза, паракортикального лимфоцитоза, общего количества лимфоидных клеток, реактивных центров и саркоидоподобных реакций был сделан вывод, что достоверные различия у больных с метастазами и без метастазов отсутствуют [30]. И все же, видимо, следует признать, что имеются довольно четкие различия в функциональной морфологии лимфоузлов с метастазами рака и свободными от опухолевых клеток. В результате комплексного исследования лимфатических узлов, регионарных к раку желудка, легкого, молочной железы, кишечника и пищевода установлено [11], что при появлении в лимфоузлах метастазов происходит углубление микроциркуляторных расстройств и склеротических процессов. Значительно снижается интенсивность макрофагальной реакции, отсутствует синусный гистиоцитоз. Наблюдаются опустошение синусов, лимфостаз, разрастание здесь соединительной ткани. Весьма слабо выражены клеточные иммунные реакции. Отмечается гипоплазия паракортикальной зоны с уменьшением здесь количества активированных Т-лимфоцитов, лимфобластов и макрофагов. Однако проявления гуморального иммунитета остаются на высоком уровне: сохраняется гиперплазия лимфоидных фолликулов с наличием реактивных центров, плазматизация с высокой антителообразующей способностью клеток. Описанные морфологические реакции характерны для больных со II и частично с III стадией рака, тогда нет тотального замещения лимфоузлов метастазами и имеются значительные участки лимфоидной ткани.

Прогностическая значимость гуморальных иммунных реакций трактуется противоречиво. Так, гиперпластическую фолликулярную реакцию одни авторы рассматривают как благоприятный прогностический критерий [21, 26], другие же исследователи утверждают, что гиперплазия лимфоидных фолликулов с наличием реактивных центров сопровождается быстрым распространением опухоли и служит плохим прогнозом [16]. И все же, види-

мо, гуморальным иммунным реакциям принадлежит определенная роль в неполноценности местного иммунного ответа у онкологических больных. Это объясняется тем фактом, что гуморальные антитела могут снижать цитотоксичность лимфоцитов [23].

Таким образом, на развитие раковой опухоли лимфатические узлы отвечают определенными морфологическими изменениями, имеющими четкую динамику. Наиболее ранними из них являются микроциркуляторные расстройства, склеротические процессы и синусный гистиоцитоз, которые в решающей степени предопределяют и оказывают существенное влияние на становление местного иммунитета. Проявления последнего имеют четкую последовательность: на ранних этапах развития рака хорошо выражены как клеточные, так и гуморальные иммунные реакции. В дальнейшем на фоне стабилизации гуморальных реакций происходит явное снижение интенсивности всех звеньев клеточного иммунного ответа. Подобные изменения характера иммунных реакций вместе с прогрессирующими расстройствами микроциркуляции, усилением склероза и отсутствием синусного гистиоцитоза предопределяют метастазирование рака и дальнейшую генерализацию процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова Л. О. // Арх. патол. — 1982. — № 9. — С. 57—62.
2. Бергут Ф. А. // Сов. мед. — 1976. — № 4. — С. 45—51.
3. Бугров В. В. // Морфологическая характеристика и прогностическое значение состояния синусов регионарных к опухоли лимфатических узлов и местной реакции при раке желудка. — Канд. дисс. — М., 1980.
4. Бурлак З. Ф. // Морфологические изменения регионарных лимфатических узлов в ранних стадиях рака шейки матки (клинико-морфологическое исследование). — Автореф. канд. дисс. — Днепротровский, 1967.
5. Быковская С. Н., Груntenko Е. В. // Т-лимфоциты в противоопухолевом иммунитете. — Новосибирск, Наука, 1982.
6. Выренков Ю. Е., Никитина Р. Т., Найденов Ю. П. и др. // Мед. радиол. — 1980. — № 8. — С. 33—36.
7. Мкртчян Л. Н. // В кн.: Тезисы докладов VII Всесоюзного съезда патологоанатомов. — Ташкент, 1983.
8. Протопопов А. А. // Морфофункциональные особенности регионарных лимфатических узлов при раке желудка. — Канд. дисс. — Львов, 1982.
9. Цыпलाков Д. Э. // Казанский мед. ж. — 1987. — № 1. — С. 29—31.
10. Цыпलाков Д. Э. // Казанский мед. ж. — 1987. — № 4. — С. 292—293.
11. Цыпलाков Д. Э. // Функциональная морфология регионарных лимфатических узлов при раках основных локализаций. — Автореф. канд. дисс. — Л., 1988.
12. Цыпलाков Д. Э., Зиганшина Л. Е. // Вopr. онкол. — 1988. — № 8. — С. 932—936.
13. Шац В. Я. // В кн.: Метастазирование злокачественных опухолей. — М., Медицина, 1971.
14. Andrian Tr., Balanescu L., Nedelea M. // Oncologia. — 1982. — Vol. 21. — P. 147—154.
15. Baldwin R. W. // Sump. Göttingen. Dec. 5—6, 1980. — Basel et al. — 1982. — P. 80—90.
16. Banerjee A. K., Sharma S. C. // Indian J. Cancer. — 1983. — Vol. 20. — P. 102—104.
17. Barsu M., Cotutiu C., Dobrescu G. et al. //

Rev. roum. morphol., embryol. et physiol. Ser. morphol. et embryol.—1982.— Vol. 28.— P. 299—302.

18. Brynes R. K., Hunter R. L., Vellios F. // Arch. Pathol. and Lab. Med.—1983.— Vol. 107.— P. 217—221.

19. Cady B. // Arch. Surg.—1984.— Vol. 119.— P. 1067—1072.

20. Fisher B., Bauer M., Wickerham L. D. et al. // Cancer.—1983.— Vol. 52.— P. 1551—1557.

21. Friedell G. H., Solo E. A., Kumaoka S. et al. // Breast Cancer Res. Treat.—1983.— Vol. 3.— P. 165—169.

22. Hartveit F., Dobbe G., Thorensen S. et al. // Oncology.—1983.— Vol. 40.— P. 81—84.

23. Hellström K. E., Hellström I. // Ann. N.Y. Acad. Sci.—1976.— Vol. 276.— P. 176—187.

24. Hirschl S., Blask M. M., Kwon C. S. // Cancer.—1976.— Vol. 38.— P. 807—818.

25. Moreno G.-B. C., Vazquez E. J. // Rev. esp. enferm. apar. digest.—1986.— Vol. 70.— P. 214—224.

26. Napoli J., Gidler H., Basbus E. // Prensa med. argent.—1982.— Vol. 69.— P. 413—415.

27. Oliva V., Berardi T., Punzo C. et al. // Mineris. Chir.—1986.— Vol. 41.— P. 425—430.

28. Prehn R. T., Lappe M. A. // Transplant. Rev.—1971.— Vol. 7.— P. 26—31.

29. Riegrova D., Jansa P. // Neoplasma.—1982.— Vol. 29.— P. 481—486.

30. Takeuchi H., Suchi T., Suzuki R., Sato T. // GANN: Jap. J. Cancer Res.—1982.— Vol. 73.— P. 420—428.

Поступила 22.03.89.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 615.849.19

В. И. Коченов (Горький). К методике рассечения тканей сфокусированным лазерным излучением

Ряд затруднений при лазерном рассечении тканей связан с появлением в ране жидких ингредиентов — крови, лимфы, расплавленного жира. Жидкие ингредиенты постоянно поступают в глубину разреза, прикрывают собой подлежащую дальнейшему рассечению ткань, излучение лазера испаряет их еще до взаимодействия с дном раны. Это ведет к неэффективному расходованию энергии, образованию коагуляционной корки, особенно при длительном испарении крови, которая препятствует дальнейшему рассечению, ухудшает условия заживления ран. Постоянно поступающая к дну раны кровь препятствует обзорности разреза.

Единственно возможным способом удаления жидких ингредиентов из зоны лазерного воздействия является, видимо, выдавливание их потоком газа, что реализуется, например, в эндоскопических устройствах.

Опыт использования углекислотных лазерных установок, снабженных полрой указкой, при подаче инертного газа в точку фокуса излучения в нашей клинике позволил констатировать, что желаемый эффект удаления жидких ингредиентов со дна разреза обеспечивается только при определенных значениях давления подачи газа, при определенном взаимном расположении потока газа и профиля раны. Однако каких-либо практических рекомендаций по конкретным приемам использования лазерных установок типа «Ромашка-2» с потоком инертного газа в литературе нам обнаружить не удалось.

Полученные нами экспериментальные данные по использованию лазерных манипуляторов, обеспечивающих подачу инертного газа в точку фокуса излучения, для рассечения мягких тканей были многократно подтверждены клиническими применениями CO₂ лазера для больших операций на шее (ларингэктомия, операция Крайля). Их можно сформулировать в виде следующих рекомендаций.

1. Плоскость расположения в пространстве полрой указки, создающей поток газа, должна совпадать с плоскостью линии разреза, проецироваться

на линию разреза, а при округлых направлениях рассечения движение газового потока должно проецироваться на касательную к профилю разреза в точке фокуса. Поэтому при округлых разрезах манипулятор по мере его продвижения нужно поворачивать вокруг его оси.

2. Угол наклона газового потока по отношению к поверхности ткани должен составлять 60°—90°, при меньших углах возможно неполное выведение крови из зоны взаимодействия ткани и излучения.

3. Оптимальные средние величины давления газового потока составляют 0,5—1,0 мм водн. ст.

4. По мере углубления разреза или при уменьшении угла наклона потока к тканям давление подачи газа должно быть увеличено, однако это может вызвать разбрызгивание крови.

Приведенные рекомендации должны облегчить работу хирурга, использующего лазерное рассечение мягких тканей с одновременной подачей к ране инертного газа, в любой анатомической зоне.

УДК 616.34 — 002.44 — 072.1 — 08

А. А. Гумеров, Г. А. Кантюкова, Ш. С. Ишимов, И. А. Мамлиев, Ф. М. Хамидуллина (Уфа). Местное орошение язв через эндоскоп

За последнее десятилетие увеличилось число детей с язвенной болезнью. Тяжесть течения и частое обострение процесса, ведущие к опасным осложнениям, диктуют необходимость поиска новых методов лечения, направленных на ускорение заживления язвенных дефектов.

Мы наблюдали 61 больного (мальчиков — 37, девочек — 24) с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте от 3 до 15 лет. От 3 до 7 лет было 8 детей, от 8 до 10 — 11, от 11 до 15 — 42 ребенка.

Диагноз был установлен на основании клинико-рентгенологического и эндоскопического методов исследования. При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) на фоне отчетной и гиперемированной слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживались дефекты слизистой округлой или овальной формы размерами от 5 до 15 мм, окруженные воспалительным валом. Дно дефекта было выполнено налетом грязно-серого цвета из фибрина. У 13 из 61 больного язва лока-

лизовалась в желудке, у 48 — в двенадцатиперстной кишке.

На фоне комплексной терапии мы провели 234 лечебные эндоскопии (у 37 детей) по методике, разработанной в Горьковском НИИ педиатрии. Для орошения язвенной поверхности использовали солкосерил (2,0) и облепиховое масло (5,0) или сок каланхоэ (5,0) и масло шиповника (5,0). Предварительно перед орошением дно язвы очищаем механически (при помощи щетки или биопсатора) иногда протеолитическими (террилитином). Курс лечения составляет 8—10 орошений, проводимых через день. У больных после локального орошения отмечалось более быстрое исчезновение клинических проявлений заболевания. После окончания курса лечения у всех пациентов был купирован болевой синдром, улучшилось самочувствие, нормализовался аппетит. Эндоскопически у 33 детей из 37 язва полностью зарубцевалась, что сопровождалось стиханием явления гастрита и дуоденита; у 3 больных дефект сократился наполовину, у одного лечения оказалось неэффективным. При острых язвах эпителизация дефекта наступает после 5—6 сеансов. Рубцевание хронических язв происходит на 8—10-е орошение. ФГДС показывает, что сроки эпителизации язвенных дефектов у больных в контрольной группе (24 чел.) составляли в среднем 40—45 дней, а у детей, которым проводилось локальное орошение язв, — 18—22 дня.

При контрольном осмотре через 6—7 мес после локального орошения язв у 5 из 37 пациентов было обнаружено эндоскопически обострение язвенной болезни.

Таким образом, местное орошение язв солкосерилем с облепиховым маслом или соком каланхоэ с шиповниковым маслом сокращает сроки эпителизации язвенного дефекта в 1,5—2 раза.

УДК 616.34—007.272—072

Д. М. Красильников, О. Ю. Карпунин (Казань).
Электроэнтерография в оценке нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта у больных с острой кишечной непроходимостью

Кишечная непроходимость была и остается одной из актуальных и трудных проблем хирургии. Отмечаются неуклонный рост числа больных с этой патологией, большое количество послеоперационных осложнений и высокая летальность (от 15 до 30,4%), не имеющая явной тенденции к снижению.

Частой причиной неудовлетворительных результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью является несвоевременная диагностика на всех этапах оказания медицинской помощи. В связи с этим возникает необходимость разработки и совершенствования методов ранней диагностики, что позволит своевременно прибегнуть к патогенетически обоснованному лечению.

Большое значение в диагностике острой кишечной непроходимости придает объективной оценке состояния моторной активности желудочно-кишечного тракта. Достоверную экспресс-информацию можно получить с помощью электрофизиологических методов исследования. В последние годы широкое клиническое применение находит запись электрической активности гладкой мускулатуры пищеварительной трубки с поверхности тела.

Мы проводили регистрацию моторной активности различных отделов пищеварительного тракта электрогастрографом ЭГС-4м с приставкой, позво-

ляющей посредством специальных фильтров с различной полосой пропускания выделять биопотенциалы преимущественно с частотами 0,05, 0,2, 0,1 и 0,017 Гц, характеризующие соответственно сокращения желудка, проксимального и дистального отделов тонкой и толстой кишок. Электроды помещали на правое предплечье и правую голень.

На основании анализа электрограмм, записанных у 12 здоровых лиц, установлены нормальные показатели моторной активности желудочно-кишечного тракта, оцениваемые по амплитудно-частотному принципу и ритму. Желудок — амплитуда равна $0,27 \pm 0,05$ мВ, частота — $2,89 \pm 0,10$ колебаний в мин; проксимальный отдел тонкого кишечника — соответственно $0,21 \pm 0,08$ мВ, $10,72 \pm 0,46$ колебаний в мин; дистальный отдел тонкого кишечника — $0,12 \pm 0,01$ мВ, $5,82 \pm 0,88$ колебаний в мин; толстый кишечник — $0,41 \pm 0,06$ мВ, $1,25$ колебаний в мин.

Обследовано также 39 больных. 23 пациента были прооперированы по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости, 16 — по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. У больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, доставленных в клинику не позднее 6 ч с момента начала заболевания, на электрограммах регистрировался аритмичный гиперкинез в виде бурь биопотенциалов со значительным увеличением амплитуды волн до 1 мВ, а также с повышенной частотой сокращений в тонком кишечнике (проксимальный отдел — $12,83 \pm 0,51$, дистальный отдел — $8,12 \pm 0,32$ колебаний в мин). Через 6—12 ч от начала заболевания наблюдался гипокINETический тип кривой с увеличением количества мелких зубцов и появлением зубцов средней величины в момент болевого приступа. У больных, поступивших в клинику через сутки и более от начала заболевания, определялось снижение биоэлектрической активности, постепенное приближение электрограмм к изоэлектрической прямой.

Одной из главных причин неблагоприятных исходов при острой кишечной непроходимости является поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, особенно при кишечной непроходимости на почве рака. Это объясняется тем, что заболевание чаще возникает у лиц пожилого и старческого возраста, клиническая картина развивается на протяжении длительного времени. Поэтому больные поступают в стационар с выраженными нарушениями моторики желудочно-кишечного тракта. Так, согласно нашим данным, у всех 16 больных с обтурационной кишечной непроходимостью выявлялись гипомоторная дискинезия, снижение амплитуды перистальтических волн желудка и тонкого кишечника, максимальное снижение волтажа перистальтических волн толстой кишки ($0,16 \pm 0,08$ мВ).

Полученные по показаниям электрограмм данные в основном соответствовали результатам проводимых параллельно рентгенологических исследований, а у 3 пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью, развившейся в раннем послеоперационном периоде, даже предшествовали (на 3—5 ч) появлению рентгенологических признаков.

Таким образом, объективность получаемой информации, возможность количественной и качественной оценки изменений моторной деятельности желудочно-кишечного тракта в динамике, нетравматичность для больного, а также простота выполнения исследования позволяют внедрить метод периферической электроэнтерографии в арсенал диагностических мероприятий при острой кишечной непроходимости.

В. С. Семенов, В. В. Петров (Чебоксары). Профилактика несостоятельности толстокишечных анастомозов

Одним из тяжелых осложнений, приводящим в ряде случаев к летальному исходу после резекции толстой кишки, является гнойное осложнение с развитием несостоятельности кишечного анастомоза. На несостоятельность анастомозов влияют следующие факторы: состояние больного в момент операции; мероприятия, предупреждающие инфицирование брюшной полости; технические моменты операции как в вопросе тактики, так и в наложении самого анастомоза; мероприятия, направленные на декомпрессию оперированного участка кишки.

Несостоятельность анастомоза зависит не только от методов наложения межкишечных швов, но и от технических навыков и мастерства хирурга, установления адекватного показания к тому или иному виду операции, а также выраженности трофики стенок сшиваемых концов кишечника. Наконец, наиболее важным и ответственным моментом в профилактике несостоятельности межкишечных швов мы считаем создание декомпрессии на оперируемом участке толстой кишки. Наряду с созданием декомпрессии целесообразно полное отключение толстой кишки из пассажа путем выведения илеостомы в правую подвздошную область. Это место удобно и для ношения калоприемника.

Из 47 операций, выполненных на толстой кишке, в 27 случаях с целью декомпрессии мы использовали илеостому в виде двустолки. При такой операции достигаются две цели: во-первых, создается достаточная декомпрессия в ободочной кишке, во-вторых, в случае расхождения швов анастомоза кал не будет поступать в брюшную полость, и нагноительный процесс в области анастомоза легко купируется.

Приводим следующее наблюдение.

М., 32 лет, поступила в хирургическое отделение 22.07.1986 г. в 21 ч с жалобами на боли в правой половине живота. Боли появились 10 дней назад. Рвоты не было. Состояние удовлетворительное. При пальпации определяется плотное образование в правой половине живота. 01.08.1986 г. при лапаротомии обнаружена опухоль правой половины толстой кишки, которая вызвала частичную обтурационную непроходимость. Произведена правосторонняя гемиколэктомия вместе с опухолью, которая имела размер 5×5 см. Наложен илеотранверзоанастомоз по типу «конец в конец». Операция закончена наложением илеостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 3 нед илеостома была закрыта под местной анестезией. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

У 6 больных в связи с развитием несостоятельности анастомоза илеостома была оставлена и на период амбулаторного лечения. Отключение толстой кишки из пищеварения даже на один месяц особых нарушений в организме не вызывает. Нередко с илеостомой больные живут несколько месяцев и поступают для закрытия свища в хорошем состоянии. Например, П., 35 лет, находился с илеостомой на дому в течение 6 мес и за это время прибавил в массе на 16,5 кг.

Таким образом, наши наблюдения показали, что применение декомпрессии в виде временной илео-

стомы является достаточно надежным дополнением к операции при резекциях толстой кишки и ликвидации толстокишечных свищей. Она незаменима при травматических повреждениях стенки толстой кишки. С помощью илеостомы при операциях на толстой кишке нам удалось снизить летальность до 7,8%.

УДК 616.89—008.426—073.48

Л. А. Козлов, К. Ф. Юсупов, Н. И. Сумбаева, В. П. Филатов (Казань). Роль ультразвукового исследования в диагностике мнимой беременности¹

В акушерской практике известны случаи так называемой мнимой беременности, которые встречаются и в наши дни.

Е., 36 лет, доставлена в родильное отделение РКБ машиной скорой помощи 11.10.1988 г. в 20 ч 30 мин с диагнозом: беременность 30 нед., предлежание плаценты?

Менструации с 14 лет, по 3—4 дня, через 28 дней, установились сразу регулярные, безболезненные, умеренные. Последнюю менструацию не помнит. Считает себя беременной. Состоит на учете по беременности со срока 15—16 нед. Были две явки к акушерке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Ставился диагноз угрозы прерывания беременности и амбулаторно была назначена сохраняющая терапия. В прошлом дважды перенесла нормальные роды и 2 аборта без осложнений. Наследственность не отягощена.

При поступлении жаловалась на боли в животе и кровотечение из половых путей со сгустками с 15 ч 20 мин того же дня.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Частота пульса — 100 уд. в 1 мин, АД — 18,7/12,0 кПа на обеих руках. Голова не болит, видит хорошо.

Живот увеличен за счет напряженного и резко болезненного образования, исходящего из малого таза, с верхним полюсом чуть ниже пупка. Части плода не пальпируются, сердцебиение стетоскопом не выслушивается.

Влагалищное исследование (при развернутой операционной): влагалище свободное, шейка матки сформирована, размягчена, цервикальный канал пропускает свободно один палец за внутренний зев, плацента и предлежащая часть плода не определяются; тело матки соответствует 27 нед беременности, резко болезненное, напряженное; придатки не пальпируются; своды свободные; выделения кровянистые со сгустками.

Выставлен диагноз: беременность 27 нед, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. С учетом акушерской ситуации принято решение экстренно родоразрешить беременную с помощью кесарева сечения.

При лапаротомии обнаружено, что описанное выше болезненное и напряженное образование является сильно перерастянутым мочевым пузырем. Катетером выпущено больше двух литров прозрачной мочи. При ревизии органов малого таза установлено, что матка увеличена до 8—9 нед беременности, размягчена. Придатки без особенностей. Высказано предположение о наличии маточной беременности небольшого срока и ее прерывании. Брюшная стенка ушита послойно, наложена асептическая повязка. Произведено выскабливание полости матки: удалены сгустки крови и остатки плод-

¹ Доложено на заседании общества акушеров и гинекологов г. Казани 19.01.1989 г.

ного яйца. Матка сократилась, кровотечение прекратилось.

Послеоперационный диагноз: беременность 8—9 нед, самопроизвольный аборт, атония мочевого пузыря.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При консультации уролог патологических изменений со стороны мочевыделительной системы не выявил, что было подтверждено и результатами ультразвукового исследования. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10-й день.

Таким образом, сочетание типичных признаков позволило поставить диагноз беременности, осложнившейся грозной акушерской патологией, которая из-за опасности для жизни женщины требовала экстренных лечебных мероприятий. Избежать ошибки в диагнозе и соответственно пробной лапаротомии помогла бы предоперационная катетеризация мочевого пузыря, которая, к сожалению, не была выполнена.

На современном этапе развития и организации родовспоможения обследование женщин и уточнение диагноза должно проводиться с помощью ультразвукового исследования. Это известное положение подтверждается и нашим опытом. В 1988 г. в родильном доме № 3 ультразвуковая диагностика была произведена 6890 женщинам, из них у 3199 женщин в связи с предполагаемой беременностью. У 79 обследованных беременность была отвергнута. Определенный интерес представляют следующие наблюдения.

Т., 21 года, находилась в гинекологическом отделении клиники № 2 ГИДУВа с 25.04.1988 г. по поводу угрожающего позднего выкидыша. На протяжении 23 дней получала магнезиальную терапию, туринал, сеансы центральной электроанальгезии аппаратом «ЛЭНАР». Поскольку сердцебиение плода не выслушивалось, женщина была направлена на УЗИ.

УЗИ от 20.05.1988 г.: размеры тела матки — $49 \times 38 \times 41$ мм, правого яичника — 26×14 мм, левого — 22×30 мм; структура их не изменена. Данных за маточную беременность не получено.

Б., 28 лет, состояла на учете в женской консультации № 6 по поводу беременности. Из анамнеза и обменной карты установлено: последняя менструация была с 27 по 30 сентября 1987 г. 20.01.1988 г. после четырехмесячной задержки менструации обратилась в женскую консультацию, где была диагностирована беременность сроком 7—8 нед, хотя сама женщина считала себя беременной на сроке 12 нед. При второй явке через 27 дней подтверждена беременность сроком 10—11 нед. В связи с появлением кровянистых выделений она была госпитализирована в гинекологическое отделение, где находилась на сохранении беременности 11 дней. Через 5 дней после выписки кровянистые выделения возобновились и женщину госпитализировали повторно. 3 нед она получала магнезиальную терапию, викасол, туринал, витамины, микстуру Павлова, выписана домой с прогрессирующей беременностью сроком 9 нед. К 30 нед женщина, по ее словам, «перестала ощущать шевеление плода» и для уточнения состояния была направлена на УЗИ с диагнозом: беременность 30 нед, замерший плод.

УЗИ от 16.06.1988 г.: размеры тела матки $54 \times 36 \times 50$ мм, правого яичника — 28×16 мм, левого — 23×15 мм; структура обоих яичников не изменена. Данных за маточную беременность нет.

Объективно: живот слегка выпячен в нижнем отделе за счет подкожной жировой клетчатки; каких-либо образований в брюшной полости не

пальпируется. Преддверие влагалища розовое. Бимануально — влагалище свободное, шейка матки цилиндрическая, плотная, зев закрыт. Тело матки четко определить не удастся из-за солидной брюшной стенки, но оно как будто не увеличено. Каких-либо образований в малом тазу не определяется. Придатки не пальпируются. Своды свободны. Выделения серозные. Осмотр зеркалом Куско-слизистая влагалища и шейки матки розовая, синюшности нет.

Заключение: маточной беременности нет.

Таким образом, наблюдения показывают, что при решении вопроса о наличии или отсутствии беременности необходимо использовать УЗИ как скрининговое обследование на более ранних сроках. Это позволит своевременно исключить мнимую беременность.

УДК 618.14—005.1—089.814—073.173

Ф. М. Сабиров, А. А. Шмелев (Казань). Динамика показателей биполарной реогистерографии после перевязки магистральных сосудов по поводу матки Кувелера

Послеродовые атонические кровотечения до сих пор представляют собой серьезнейшее осложнение, нередко приводящее к летальному исходу. Основной причиной большой кровопотери является запоздалая лапаротомия для остановки кровотечения.

Метод перевязки магистральных сосудов матки не требует высокой оперативной техники и одновременно сохраняет менструальную и генеративную функции.

В течение 20 лет мы произвели операцию перевязки 3 пар магистральных маточных сосудов у 14 родильниц, причем ни в одном случае в ближайшие и отдаленные сроки не возникло неблагоприятных последствий операции. У всех женщин были сохранены менструальная и генеративная функции.

Наибольший интерес представляют 2 случая. Первый произошел в 1964 г. В анамнезе Б., 26 лет, были отмечены один роды плодом массой тела 3200 г; вторая беременность закончилась медицинским абортom на сроке 8 нед. Рост больной — 150 см, размеры таза: 25, 27, 31 и 18,5 см. В родах (плод массой тела 4800 г) произошел разрыв матки по левому ребру от наружного зева до трубного угла с отрывом маточной артерии. Травмированный сосуд был перевязан. На раны матки были наложены узловые кетгуттовые швы. Из-за атонии матки на восходящую ветвь маточной артерии справа, круглые и собственно-яичниковые связки были наложены кетгуттовые узловые швы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через год наступила беременность. В 1966 г. произошли самостоятельные роды через естественные родовые пути живым плодом массой тела 2800 г. Общая продолжительность родов — 9 ч 10 мин, затем последовали 3 медицинских аборта, последний — в 1979 г., когда возраст женщины составил 41 год.

Второй случай был зафиксирован в 1966 г. Ж., 27 лет, поступила в родильный дом с первой беременностью на сроке 30—31 нед, нефропатией II степени, отслойкой нормально расположенной плаценты, внутриутробной смертью плода, маткой Кувелера. Было произведено кесарево сечение в нижнем сегменте по Гусакову с перевязкой 3 пар магистральных сосудов. В послеоперационном периоде осложнений не было. Вторая беременность наступила через один год, протекала с повышением АД до 25,3—26,6/17,3—18,6 кПа. При сроке

30 нед беременность была прервана корпоральным кесаревым сечением со стерилизацией во 2-й городской больнице в связи с преждевременной отслойкой плаценты. Менструация в последующем сохранилась, но гипертоническая болезнь II стадии прогрессировала. В 1980 г., когда больной было 42 года, ей провели биполярную реогистерографию, показавшую нормальное кровоснабжение органов малого таза.

Последние 2 наблюдения были в 1985 и 1986 гг. в акушерском отделении № 1 ГИДУВа.

3., 30 лет, доставлена в клинику 12.04.1985 г. в 1 ч ночи с диагнозом — беременность 40 нед, подозрение на частичную отслойку плаценты. Начало половой жизни с 27 лет. В 1987 г. были нормальные срочные роды. Настоящая беременность вторая. Беременность протекала без отклонений от нормы: АД — 16,0/9,3—14,6/10,6 кПа; анализы крови и мочи отклонений от нормальных показателей не выявили.

Вечером 11.04.1983 г. появились кровянистые выделения из половых путей. Беременная перестала ощущать шевеление плода. До поступления в клинику кровопотеря составила около 200—250 мл.

При поступлении состояние беременной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальные. АД на правой руке — 16,0/10,6 кПа, на левой — 14,6/9,3 кПа, отеков не отмечалось. Регулярной родовой деятельности не было. Матка соответствовала беременности сроком 40 нед, в тонуусе, сердцебиение плода не выслушивалось. Головка была прижата ко входу в малый таз. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, наружный зев закрыт. Выделения кровянистые, со сгустками.

Была произведена операция — чревосечение, кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом по Гусакову. Перевязаны магистральные сосуды матки. Дан внутренний наркоз с ИВЛ. Матка по размерам соответствовала доношенной беременности, была плотной, стенки были напряженные, синюшные; на задней и левой боковой стенках цвет неравномерный, напоминает рисунок мрамора с кровоизлиянием в левой параметрии (мраморная матка Кувелера). Придатки не изменены. Остатки желтого тела беременности были в левом яичнике. Произведена операция — кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом. Плод мертвый, мужского пола, с массой тела 3550 г, длиной 50 см. Послед свободно находился в полости матки. Кровопотеря — 1000 мл. Несмотря на введение в матку 2 мл окситоцина и 1 мл метилэргометрина, а также ручной массажа, матка сокращалась плохо. Вместо удаления матки были перевязаны ее магистральные сосуды кетгутом, наложены лигатуры на восходящие ветви маточной артерии, собственные связки яичников и круглые связки матки. После этого матка сократилась хорошо. Общая кровопотеря — 1400 мл. Перелито 1300 мл крови. Больная была выписана из клиники на 12-й день после операции. Матка при выписке сократилась до 11—12 нед беременности, была плотной, подвижной, безболезненной. Выделения сукровичные. На 10 и 16-й дни после операции была проведена биполярная реогистерография органов малого таза.

Реограмма, снятая на 10-й день после операции, характеризовалась резким подъемом анакроты, острой вершиной, нерегулярностью реографических кривых. Имелось большое число дополнительных зубцов, что свидетельствовало об усилении коллатерального кровообращения. Реограмма от 16-го дня показала более пологую вершину, регулярность реографических кривых, отсутствие до-

полнительных волн, то есть восстановление кровообращения матки. Наблюдения за больной продолжаются.

X., 20 лет, поступила в акушерское отделение 1-й кафедры в 19 ч 50 мин 25.03.1986 г. С 17 ч отмечала кровотечение со сгустками крови (всего 250—300 мл) и боли внизу живота, родовой деятельности не было, перестала ощущать шевеление плода.

Диагноз: беременность первая, сроком 39—40 нед, частичная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, нефропатия I степени.

Последняя менструация была 26.06.1985 г., шевеление плода — 12.11.85 г. Беременность протекала без отклонений от нормы. АД — 16,0/10,6 кПа. При беременности 13—14 нед Hb был равен 2 ммоль/л, 33—34 нед — 1,7 ммоль/л; анализ мочи патологии не выявили. В последние дни появились отеки на голенях, АД повысилось до 17,3/10,6 кПа. Родовой деятельности не было. Матка соответствовала 39—40 нед беременности, в гипертонусе. Части плода не определялись. Сердцебиение плода не выслушивалось. При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка сглажена. Наружный зев закрыт. Через передний свод определяется предлежащая головка. Диагноз: беременность первая, сроком 39—40 нед, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нефропатия I степени, внутриутробная гибель плода.

В 20 ч 20 мин была произведена операция — чревосечение, кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом по Гусакову, перевязка магистральных сосудов матки. Дан внутренний наркоз с ИВЛ. Матка овоидной формы соответствовала 39—40 нед беременности, была очень плотной; передняя стенка имела мраморный оттенок (матка Кувелера). Придатки матки не изменены. Произведено кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом по Гусакову. Плод мертвый, мужского пола, с массой тела 3000 г, длиной 50 см. Послед свободно размещался в полости матки, в которой находилось 500—600 мл сгустков и жидкой крови. Поскольку после массажа матки, а также введения в ее мышцу метилэргометрина (1,0) и внутривенно окситоцина (1,0) она не сокращалась, кровотечение было значительным. После перевязки кетгутом магистральных маточных сосудов с обеих сторон (восходящие ветви маточных артерий, собственные связки яичников и круглые связки матки) матка сократилась хорошо. Передняя брюшная стенка послойно зашита наглухо. Во время операции отмечалось нарушение свертывания крови (по данным тромбоэластографии). Применяли контрикал (20000 ед.) и ε-аминокапроновую кислоту (5 г) внутривенно. Общая кровопотеря составила 2000—2200 мл. Перелито 2200 мл крови и кровозаменителей. АД менее 16,0/8,0 кПа не снижалось. Частота пульса — 96—98 уд. в 1 мин. Инфузионная терапия и гемотрансфузия на второй и последующие дни проводилась по показателям ОЦК, ОЦП, ОЦЭ. Моча начала выделяться в достаточном количестве через 20—22 ч с момента окончания операции после лечения преднизолоном внутримышечно.

Биполярная реогистерограмма, снятая на 5-й день после операции, носила характер нерегулярных кривых с пологий нисходящей частью и многочисленными дополнительными зубцами, что свидетельствовало о наличии преимущественно коллатерального кровоснабжения матки. Нормаль-

ный характер реогистерограммы приобрели к 15-мудню послеоперационного периода, что указывало на полное восстановление кровоснабжения матки через магистральные сосуды.

Большая была выписана домой на 22-й день после операции в удовлетворительном состоянии при сократившейся матке до 6 нед беременности.

Таким образом, перевязка магистральных маточных сосудов непродолжительна по времени, нетравматична, полностью сохраняет менструальную и генеративную функции женщин, доступна для всех врачей и может быть применена в отдельных случаях при угрожающих жизни кровотечениях. Динамика показателей биполярной реогистерографии помогает объективно оценивать восстановление кровоснабжения матки через перевязанные магистральные сосуды.

УДК 618.1-089.8

В. В. Фаттахов, Ф. Г. Шайхуллина (Казань). Лечение гинекологических больных в хирургическом отделении

В хирургическом отделении 10-й городской больницы за 1983—1987 гг. было прооперировано 5352 человека, из них 99 (1,9%) — по поводу гинекологической патологии. Она была представлена следующими заболеваниями: внематочной беременностью (у 21), разрывами кист яичников (у 37); сальпингиты различной выраженности, сопровождающиеся перитонитом, были обнаружены у 41 больной. Из числа больных последней группы тазовый перитонит был выявлен у 21 женщины, причем у 12 из них гонорейной этиологии. Разлитой перитонит установлен у 20 женщин.

8 пациенток были в возрасте от 16 до 20 лет, 28 — от 21 до 30, 53 — от 31 до 40, 8 — от 41 до 50, 2 — от 51 до 60 лет.

Наибольшее число пациенток (81,8%) находилось в активном репродуктивном возрасте, поэтому тактика операционного лечения определялась по принципу максимального сохранения органов. Были выполнены следующие операции: резекция яичника (у 30), удаление яичника (у 7), удаление маточной трубы (у 44), надрывагалищная ампутация матки (у 2).

При гнойно-воспалительных заболеваниях одновременно проводили санацию и дренирование брюшной полости микроирригаторами и резиновыми перчаточными дренажами (у 50). Все пациентки выздоровели. Заживление ран первичным наложением произошло у 94 больных, у 5 наблюдалось нагноение швов.

56 (56,6%) из 99 больных, поступивших в хирургическое отделение, были предварительно проконсультированы гинекологами (в женских консультациях, гинекологических отделениях больниц Казани) и в связи с заключением «гинекологической патологии нет» были госпитализированы в непрофильное отделение. Представленный факт свидетельствует о необходимости повышения знаний гинекологов и хирургов в вопросах дифференциальной диагностики смежной патологии. Кроме того, каждый больной должен получать помощь в профильном отделении, поскольку многие установки знакомы не всем врачам других специальностей. Так, четко не решен хирургами вопрос об удалении маточной трубы при гнойно-воспалительных заболеваниях. Иногда неадекватно проводят резекцию яичников, исходя из принципов хирургической радикальности. Нередко перитонизацию яичника выполняют после ушивания раны

или его резекции; не всегда правильно обрабатывают угол матки после удаления трубы.

При отсутствии определенного навыка трудно дифференцировать тазовый экссудативный перитонит и параметрит; соответственно можно неправильно определить необходимость дренирования полости малого таза из кольпотомического разреза, выполняемого со стороны брюшной полости или влагалища.

В процессе обучения студентов в медицинских институтах, в последипломной подготовке врачей больше внимания следует уделять вопросам дифференциальной диагностики неотложных состояний, тактике ведения и лечения больных с патологией смежных областей, повышать чувство ответственности врача за свой диагноз.

УДК 618.318

Л. Ю. Миролюбова, А. З. Валеева (Казань). Случай брюшной беременности

Брюшная беременность наблюдается исключительно редко, она составляет 0,4% от всех форм внематочной беременности. В литературе описаны случаи брюшной беременности со сроком пребывания плода в брюшной полости до 42 недель.

Описываем один из таких случаев брюшной беременности.

З., 34 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение родильного дома № 4 в 12 ч 10 мин 19.03.1988 г. из 5-й женской консультации в тяжелом состоянии с подозрением на левостороннюю трубную беременность. Из анамнеза: месячные — с 12 лет, половая жизнь — с 19 лет, брак первый, перенесла 5 родов, 2 медицинских аборта без осложнений. Последняя беременность закончилась нормальными родами 3 года назад. Последняя нормальная менструация прошла с 6 по 9 сентября 1987 г.

Заболела 10 сентября, когда появились периодические приступообразные боли внизу живота. С 5 по 9.10 была очередная менструация, а 10.10 машиной скорой помощи была доставлена в гинекологическое отделение родильного дома № 4 с приступом боли, мажущими кровянистыми выделениями после месячных. В течение 10 дней была лечена по поводу подострого эндометрита, выписана с продолжающимися мажущими выделениями при СОЗ, равной 41 мм/ч. В ноябре—декабре были месячные; характер их женщина не помнит. 10.01.1988 г. менструация пришла как будто в срок, но продолжалась в виде мажущих выделений. С подозрением на внематочную беременность была госпитализирована 25.01.1988 г. в гинекологическое отделение городской больницы № 20, где проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия эндометрита. С 29.02 по 14.03 вновь с приступами болей находилась в отделении неотложной хирургии городской больницы № 7 по поводу пельвиоперитонита, где получила противовоспалительное лечение.

В дальнейшем периодические боли в животе сохранялись, иррадиировали в прямую кишку, отмечалась тошнота. Лечилась амбулаторно, получала сернокислую магнезию, алоэ, ультразвук, однако лечение протекало безуспешно. 19.03 на очередном приеме врача в консультации появились острые боли в животе, больной стало плохо, АД упало до 10,7/6,7 кПа, была вызвана служба скорой помощи.

При поступлении состояние тяжелое, больная правильного телосложения, повышенной упитанности. Выражены акроцианоз и бледность кожных

покровов, возбуждение. АД — 10,7/6,7 кПа, нитевидный пульс слабого наполнения, температура — 34,5. Дыхание поверхностное, тоны сердца приглушены. Живот вздутый, напряженный, болезненный; выражены симптомы раздражения брюшины; перкуторно определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Гинекологический статус: оценить состояние внутренних половых органов не представляется возможным из-за резкой болезненности при введении пальцев во влагалище и напряжения передней брюшной стенки. С диагностической целью произведена пункция заднего свода влагалища: получена жидкая темная кровь в количестве 5 мл. Поставлен диагноз: остро прервавшаяся внематочная беременность.

Срочно под эндотрахеальным наркозом произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости выявлены жидкая темная кровь и сгустки в количестве 1200 г, обширные спайки между салником и париетальной брюшиной. Сальник утолщен, пропитан темной кровью, имеются спайки между петлями кишок и маткой. Матка увеличена до 9 нед беременности, на серозном покрове в области ее дна и задней стенке, задних листках широких связок, петлях тонкого и толстого кишечника с переходом на париетальную брюшину справа расположена плацента диаметром до 20 см. Под желудком обнаружено плодное яйцо длиной 20 см. Левая маточная труба расширена до 2 см, синюшная, разорвана в истмическом отделе, отмечается разрыв левого яйчника.

Правые придатки замурованы в спайках. Задний свод в спайках, при их разведении выделилась темная жидкая кровь в количестве 150 мл.

В связи с затруднением отделения плаценты от задней стенки матки произведена надвлагалищная ампутация матки с удалением левых придатков, плацентарной ткани с отделением ее от стенки тонкого и толстого кишечника, резекция большого сальника, удаление плода. Брюшная полость дренирована резиновыми трубками через переднюю брюшную стенку. Общая кровопотеря составила 2500 мл.

Макропрепарат: тело матки соответствует 9 нед беременности с прикрепленной плацентой к задней ее стенке; слизистая на разрезе гиперплазированная, гладкая; левая маточная труба утолщена в истмическом отделе до 2 см, сине-багрового цвета с разрывом в этом отделе до 1,5 см; левый яйчник нормальных размеров с повреждением стенки до 3 см; плод длиной 20 см без признаков мацерации.

Гистологическое исследование: в матке определяются децидуальные изменения слизистой, светлые железы Овербека. В теле матки видны очаги аденомиоза. Плацента обычной структуры. В левой трубе — ворсины хориона.

Диагноз: вторичная брюшная беременность. Операция продолжалась 3 ч 30 мин и была произведена совместно с хирургом. Во время операции проведены инфузионная и трансфузионная терапия (перелито 5250 мл, из них 2400 мл крови), гормонотерапия преднизолоном, гидрокортизоном; время свертывания крови колебалось от 2 мин 30 с до 4 мин 20 с.

В послеоперационном периоде больная получала интенсивную терапию: инфузионную и трансфузионную в течение 7 дней, антибактериальную — 9 дней, профилактику тромбоэмболических осложнений гепарином. С клиническим выздоровлением была выписана на 11-е сутки Нб — 1,7 ммоль/л).

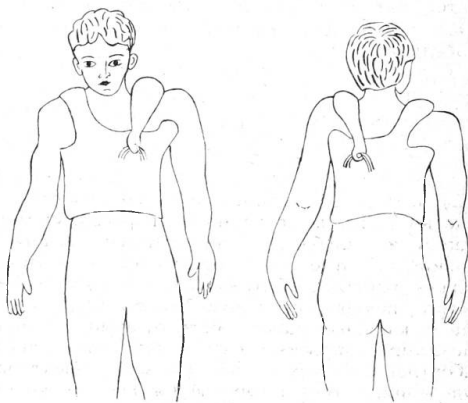
Наше наблюдение представляет редкую патологию брюшной беременности сроком (по размерам плода) 16—18 нед. Однако в клинике течения заболевания срок беременности установить четко не удалось, поскольку боли впервые появились в сентябре после нормально прошедшей менструации, а с октября имела место менометроррагия. Больная неоднократно обращалась в поликлинику, трижды была госпитализирована в стационар, где получала антибактериальную терапию и ни разу на фоне нарушенной менструации и клиники острых болей ей не проводили исследования гонадотропина, УЗИ и эндоскопии, что способствовало бы своевременной диагностики и лечению.

УДК 616.717.2-001.6-08

И. Н. Сеюков (г. Бугульма, ТАССР). Консервативное лечение вывихов акромиального конца ключицы

В Бугульминской ЦРБ разработан метод консервативного лечения больных с полным вывихом акромиального конца ключицы. Мы считаем этот метод простым, не требующим особых материальных затрат. Применяем его с 1980 г. при полном свежем вывихе акромиального конца ключицы.

Больному накладывают гипсовый полукорсет, с поврежденной стороны в подмышечной области формируют гипсовый «овал», при этом плечевой пояс должен быть приподнят (см. рис.). С помощью резиновых трубок, фиксированных к передней и задней поверхности корсета, прикрепляют ватно-марлевые лямки (см. рис.), играющие основную роль в репозиции и удержании на месте ключицы. При необходимости их можно подтягивать.



На амбулаторное лечение больного выписывают после полного устранения вывиха (под рентгенологическим контролем), которое происходит в течение 3-7 дней. Длительность иммобилизации — 5—7 нед.

УДК 616-001.5

К. А. Шаповалов (Архангельск). Характеристика травм с повреждением костного аппарата у плавсостава на водном транспорте

Совокупность факторов риска, оказывающих постоянное действие на опорно-двигательный аппарат плавсостава в северном регионе (шум, вибрация), а также условия работы на открытой палубе (холод и влага) приводят к дегенеративно-

дистрофическим изменениям в костной ткани, на фоне которых понижается ее прочность к механическим воздействиям.

На основании учетной медицинской документации проведен анализ результатов лечения 391 больного из числа плавсостава северного региона с переломами костей, полученными на судах. В общей структуре повреждений переломы составляли 38,8% и являлись наиболее частым видом патологии. Они возникают у мужчин в 2,3 раза чаще, чем у женщин, работающих на судах, что объясняется тем, что мужчины выполняют наиболее тяжелые и сложные в техническом отношении судовые работы.

Наиболее часто переломы отмечаются у лиц до 20 лет. С увеличением возраста их количество снижается в значительной мере, а у лиц старше 50 лет — в 2 раза. На частоту переломов оказывают влияние производственное назначение судна, конструктивные особенности, район плавания, а также характер судовых работ. 68,0% пациентов с переломами костей составили моряки транспортного флота, 14,8% — рыбаки траловых судов, 11,8% — речники и 5,4% — работники технического флота. Группами высокого риска в отношении травм среди судовых специалистов являются мастера добычи, мастера рыбообработки, боцманы, мастера по производству консервов, матросы, механики, капитаны, мотористы, шкиперы, штурманы. Работники службы быта (повара, пекари, буфетчики и дневальные) по поводу переломов обращаются в 2—3 раза реже. Обращает на себя внимание большая частота переломов у работников тралового флота и службы технической эксплуатации судов. К переломам костей нередко приводят высокий уровень механизации рабочих мест этих специалистов, интенсивный напряженный труд в сочетании с неблагоприятными факторами (штормовые условия, качка).

С ростом производственного стажа, приобретением профессиональных навыков у плавсостава наблюдается значительное снижение количества переломов. Так, даже при стаже работы на судах от 1 до 3 лет коэффициент частоты переломов снижается в 3 раза по сравнению с первым годом работы. Переломы происходят особенно часто при судовых работах, связанных с передвижением по трапам и палубам, обслуживанием механизмов машинного отделения, погрузкой и выгрузкой силами экипажа, обслуживанием палубных механизмов, швартовкой судов. Травмы при выполнении шлюпочных работ, обслуживании команды и пассажиров, зачистке трюмов, станочных работах, забортовой подготовке, обслуживании электрооборудования, у пульта управления редко приводят к повреждениям костей. Следует подчеркнуть, что частота травм, механизм которых связан с падением в судовых условиях с высоты, особенно высока. Травмирующим агентом при повреждении костей плавсостава, как правило, является тупой предмет.

В структуре недельного цикла выделены два пика с максимальными показателями частоты пе-

реломов плавсостава: по четвергам и воскресеньям. Первый из них связан с переутомлением плавсостава, приводящим к росту неточных движений, манипуляций, нарушению технологических процессов и правил безопасности, заканчивающимися повреждением костей. В воскресный день добавляется и число психологический фактор, когда при несении вахты в общепринятой выходной плавсостав из-за недостаточного серьезного отношения к своим функциональным обязанностям совершает грубые нарушения, завершающиеся тяжелыми травмами.

Наибольшее количество переломов плавсостав получает летом, в периоде интенсивных перевозок народнохозяйственных грузов. Осенью и весной их количество снижается почти в 1,5 раза и достигает наименьших величин зимой. Лишь одна треть переломов имеет место в рейсах при плавании в арктических и умеренных широтах. Большинство же из них происходит при стоянке судов в портах. Переломы костей у плавсостава в 84,4% случаев были изолированными повреждениями. Среди политравм множественные переломы встречались в 5 раз чаще, чем сочетание переломов с полостными повреждениями.

Лечение переломов у работников водного транспорта в 55,9% случаев проводилось в амбулаторных условиях. Остальные пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение в наиболее благоприятные сроки после травмы: в первые 6 ч поступили в стационар 61,3% пациентов, в первые сутки — 76,4%, направлены из поликлиники — 17,0%.

Первое место по частоте и удельному весу занимают переломы пальцев кисти: они встречаются почти у каждого третьего пациента. За ними следуют стопа, голень, предплечье, голова. К редкой патологии следует отнести повреждения бедренной и плечевой костей, ключицы.

Открытые переломы были у каждого пятого пострадавшего, во всех случаях они требовали хирургической обработки. Сопоставление костных отломков путем операции, фиксация их металлическими конструкциями проводилась у 10,9% пациентов, консервативно были лечены 76,3% больных.

Полное восстановление трудоспособности после переломов костей наступило у 94,8% работников водного транспорта, переведены на легкий труд с выполнением работ на берегу — 2,1%. Первичная инвалидность II группы определена у 1,8% работников, III группы — у 0,3%, летальность равнялась 1%. Средние сроки лечения в стационаре не превышали 39,0 дней, нетрудоспособности — 64,3 рабочих дня.

Профилактика травматизма среди плавсостава заключается в снижении воздействия на плавсостав профессиональных вредностей, а также в отработке производственных навыков. Особое внимание следует уделять судовым специалистам с высоким риском травматизма при выполнении общесудовых работ.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ОПЫТНОГО ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Р. Я. Хамитова, Ф. Г. Шайхутдинов, Г. С. Шаймарданова, Г. М. Сидимирова

*Кафедра общей гигиены (зав.— проф. А. Т. Гончаров), кафедра гигиены труда и профзаболеваний (зав.— проф. Н. Х. Амиров), кафедра эпидемиологии (зав.— доц. И. З. Мухутдинов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

В условиях опытных производств предприятий химической промышленности возможно более интенсивное воздействие на организм работающих различных неблагоприятных факторов вследствие постоянного обновления технологических циклов и применения малоизученных соединений. Работа по организации опытного производства опережает токсикологические исследования по обоснованию санитарных нормативов в воздухе рабочей зоны (ОБУВ, ПДК) внедряемых в технологию новых химических соединений. Свыше половины работающих в химической промышленности составляют женщины, у которых различные нарушения проявляются раньше и носят более выраженный и устойчивый характер [3].

Целью нашего исследования являлось изучение влияния комплекса химических факторов производственной среды опытного цеха и лаборатории на некоторые показатели здоровья женщин основных профессий. Обследовано 128 женщин в возрасте от 20 до 54 лет со стажем работы на опытном химическом производстве от одного года до 30 лет. В зависимости от профессии женщины были объединены в 3 группы. В 1-ю группу вошли аппаратчики, во 2-ю — сотрудники научно-исследовательской лаборатории, в 3-ю — инженерно-технические работники цеха (мастера, технологи, инженеры). Традиционными методами у них определяли СОЭ, содержание гемоглобина, лейкограмму, лизоцимную активность сыворотки крови, уровень иммуноглобулинов А, М, G и циркулирующих иммунокомплексов (ЦИК) в крови. Результаты лабораторных исследований сравнивали с нормами ВОЗ и референтными величинами, для получения которых были обследованы люди, не имеющие контакта с химическими соединениями в процессе трудовой деятельности.

В лаборатории разрабатывается и совершенствуется технология синтеза цветообразующих компонентов кинофотопленок. Синтез ведется в вытяжных шкафах и небольших реакторах. В цехе же синтез данных веществ осуществляется на полупромышленных модульных установках, мощность которых во много раз выше, чем у лабораторных, но при этом также велика доля ручных операций.

Вредное воздействие химических факторов в основном обусловлено полупродуктами синтеза и исходным сырьем 2—3 класса опасности, тогда как конечные продукты относятся к 4-му классу опасности. Как показал анализ количественных параметров загрязнения воздуха рабочей зоны, на отдельных участках превышение ПДК ацетона наблюдается до 2—4 раз (в 20% случаев), хлористого водорода и ксилола — до 1,5 раз (в 50%); содержание бензола, метанола, сероводорода, акриловой кислоты, диэтилового эфира находилось в пределах ПДК. Параметры микроклимата, уровня шума и вибрации также были не выше принятых норм. Аппаратчики испытывают воздействие токсичных химических веществ в течение всей смены и в максимальной степени. ИТР цеха имеют кратковременный контакт с комплексом химических факторов. Характер и степень влияния производственной среды на сотрудников НИЛ существенно не отличаются от таковых у аппаратчиков.

Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности за предшествующий обследованию год обнаружило более высокие показатели по случаям и дням нетрудоспособности в 1-й группе, чем во 2 и 3-й группах; «индекс здоровья» был тоже самым низким именно у аппаратчиков. В течение года в 1-й группе не болели лишь 19,0% женщин, тогда как среди ИТР — 70,6% ($P < 0,005$). Сотрудники НИЛ занимали в этом отношении промежуточное положение.

В качестве интегральных показателей, позволяющих оценить влияние на организм работниц комплекса производственных факторов, прежде всего химических, нами были выбраны результаты клинического обследования, гематологические и иммунологические тесты. Оказалось, что лизоцимная активность сыворотки крови ниже контрольных величин во всех трех группах: в контрольной группе средний показатель составлял $5,0 \pm 0,6$ мкг/мл, в 1-й — $3,2 \pm 0,4$, во 2-й — $3,5 \pm 0,3$, в 3-й — $3,6 \pm 0,3$.

Содержание иммуноглобулинов, по которым мы оценивали состояние популяции В-лимфоцитов — эффекторов гуморального иммунитета, различалось. В 3-й группе средние значения концентрации IgA ($2,9 \pm 0,6$ г/л)

и IgM ($2,8 \pm 0,5$ г/л) в крови были в пределах референтных величин (IgA — $4,0 \pm 0,9$ г/л; IgM — $2,8 \pm 0,5$ г/л), а IgG превышали их ($13,0 \pm 1,9$ г/л) за счет высокого уровня этой фракции у нескольких работниц. Во 2-й группе наблюдался пониженный уровень иммуноглобулинов (IgA — $2,0 \pm 0,3$ г/л, IgM — $1,9 \pm 0,2$, IgG — $7,6 \pm 0,3$), в 3-й — содержание IgA не отличалось от контроля (IgM — $4,5 \pm 0,3$ г/л), а IgG было достоверно выше ($13,9 \pm 1,2$ г/л; $P < 0,01$).

По мере увеличения стажа работы на химическом производстве иммунологические сдвиги в организме работающих проходят несколько фаз [1]. По нашим данным, разнотипность реакций организма на воздействие ксенобиотиков обнаруживается и при сравнении содержания иммуноглобулинов в зависимости от профессии в подгруппах с различным стажем работы. У сотрудников НИЛ при стаже работы до 5 лет уровень иммуноглобулинов не отличался от контроля. В подгруппе со стажем более 5 лет их уровень был ниже, чем в контроле и в подгруппе с меньшим стажем, при этом степень снижения зависела от продолжительности стажа. Ограниченное число наблюдений не позволило нам точнее определить «критический» стаж, выше которого происходит достоверное снижение концентрации иммуноглобулинов, так как, по-видимому, необходимо учесть вклад и внепроизводственных факторов (возраст, бытовые условия, генетическая предрасположенность и т. д.).

Иная картина была у аппаратчиков. В подгруппе со стажем от одного года до 3 лет у всех было зарегистрировано достоверно высокий уровень основных иммуноглобулинов, что можно расценить как активацию иммунореактивности организма в периоде его адаптации к новым условиям труда. У половины аппаратчиков со стажем от 3 до 10 лет содержание иммуноглобулинов было в пределах референтных величин, у остальных — на уровне предыдущей подгруппы с меньшим стажем. В подгруппе со стажем более 10 лет вновь у всех аппаратчиков констатировано заметное превышение уровня иммуноглобулинов. Кроме того, при любом стаже работы имело место небольшое, но достоверное увеличение содержания ЦИК, что, в свою очередь, может вызвать угнетение функциональной активности фагоцитарной системы [2].

Из гематологических тестов следует отметить незначительный относительный лимфоцитоз — их число составляло 37—43% от всех лейкоцитов; в контрольных мазках число лимфоцитов не превышало 25% (соответ-

ственно в 1-й группе — у 38,1% женщин, во 2-й — у 30,7%, в 3-й — у 8,9%). Уровень гемоглобина ниже 1,9 ммоль/л определялся в 1-й группе у 6,7% женщин, во 2-й — у 21,2%, лейкопения ниже $4,0 \cdot 10^9$ /л — у 18,2% обследованных 1 и 2-й групп. Изменения со стороны периферической крови были характерны для хронического воздействия следующих растворителей — бензола, толуола, ксилола [4].

Углубленный медицинский осмотр специалистами (терапевтом, невропатологом, отоларингологом) проводился параллельно с лабораторными исследованиями. Он выявил хронические заболевания в 1-й группе у 12,7% женщин, во 2-й — у 30,1%, в 3-й — у одной, причем все случаи были зарегистрированы у лиц со стажем работы более 4 лет. В каждой группе обнаружены работницы с вегетососудистой дистонией. При осмотре ЛОР-врачом наиболее часто встречалась патология верхних дыхательных путей (ринофарингиты, суб- и атрофические изменения слизистой оболочки).

Таким образом, условия труда на опытном производстве компонентов кино- и фотопленок неблагоприятно влияют на здоровье женщин, работающих в цехе и в лаборатории. В реакции организма на воздействие многокомпонентного химического фактора включается иммунная система.

Результаты нашего исследования переданы администрации и профсоюзному комитету предприятий для включения рекомендаций по улучшению условий труда в лаборатории и опытном цехе в план мероприятий по технике безопасности и производственной санитарии, а также для пересмотра технических условий с целью профилактики аналогичных нарушений здоровья работающих при внедрении разрабатываемой технологии в промышленное производство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева О. Г. // Иммунология профессиональных хронических бронхолегочных заболеваний. — М., Медицина, 1987.
2. Виноградова Т. В., Кипелько М. А., Вельтищев Ю. Е., Стефани Д. В. // Иммунология. — 1986. — № 5. — С. 63—65.
3. Волкова В. А., Злобина Н. С., Сивочалова О. В., Турбин Е. В. // В кн.: Гигиеническое нормирование производственной среды и трудового процесса. — М., Медицина, 1986.
4. Snyder R. // Fundam. Appl. Toxicol. — 1984. — Vol. 4. — P. 692—699.

Поступила 06.12.88.

НОВЫЕ МЕТОДЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.5—089.843

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СЕТЧАТЫХ КОЖНЫХ ЛОСКУТОВ

Г. А. Измайлов, Р. Р. Гареев, Л. М. Садыкова

Казанский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт имени С. В. Курашова

При восстановлении кожного покрова с обширными кожными дефектами обычно применяются устройства, позволяющие получать сетчатые трансплантаты из кожных лоскутов с различными коэффициентами расширения. Они состоят из режущего элемента, опорного валика и пластины. В качестве режущего элемента в них используются специальные сменные ножи, ролик с непрерывной резьбой или лезвия для безопасной бритвы, установленные в большом количестве (от 50 до 250) перпендикулярно к оси вращающегося валика или к опорной пластине. Основным недостатком этих устройств является трудность заготовки и смены режущих элементов, что опасно и требует не только значительной затраты времени, но и определенной квалификации медицинского персонала.

Для перфорации кожных лоскутов нами предложено устройство, содержащее пластину — дермоперфоратор с выступами, имеющими прямолинейные режущие кромки. Длина последних на различных пластинах разная, что позволяет получать сетчатые трансплантаты с большей или меньшей величиной ячеек (рис. 1). Длина выступов являет-

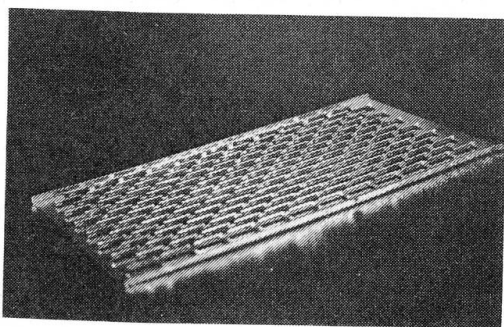


Рис. 1. Общий вид пластины — дермоперфоратора с острыми выступами.

ся одним из факторов, определяющих коэффициент расширения, по которому будет резаться кожа. Около каждого режущего выступа находится прямоугольной формы отверстие, равное длине выступа. По бокам пластина снабжена направляющими бортами, выполненными в виде загибов (1), которые гарантируют прямой вход и поступательное движение между опорными валиками (рис. 2). Параллельно расположены два опорных валика (2 и 3), связанные между собой посредством зубчатой передачи (4), и с приводом, выполненным в виде рукоятки (5). Валики зафиксированы в боковых стойках (6) корпуса (7) с возможностью замены и перемещения одного из них (верхнего) с помощью винтового механизма. На верхнем валике по краям имеются два круговых углубления, направляющие борозды, расположенные на расстоянии друг от друга соответственно ширине режущего дермоперфоратора.

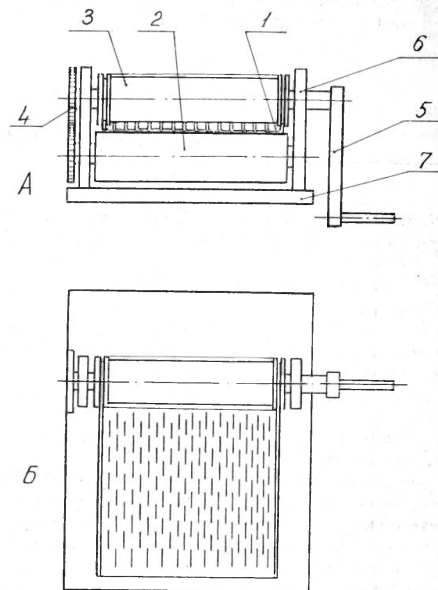


Рис. 2. Схема устройства для получения сетчатых трансплантатов в сборе: А — вид сбоку, Б — вид сверху.

С целью упрочения выступов с режущими кромками устройство снабжено набором гладких пластин — протекторов различной толщины, а для выключения из рабочего состояния необходимого числа режущих кромок придается набор пластин с прямоугольными тупыми выступами — дифференциалов.

Протектор выполнен в виде жесткой прокладки с линейными сквозными прорезями, расположение которых строго соответствует расположению режущих выступов на дермоперфораторе. Толщина протектора различна (от 0,1 мм с возрастом на 0,1 мм до 2 мм). В зависимости от толщины перфорируемого кожного лоскута соответственно подбирают протектор, который укладывают на дермоперфоратор, и покрывают его кожным лоскутом. Суммарная толщина протектора и кожного лоскута при этом должна равняться высоте режущего выступа. Протектор повышает прочность режущего выступа дермоперфоратора, ограничивает глубину провала кожного лоскута, что способствует не только значительному увеличению долговечности работы устройства, но и упрощает снятие перфорируемого лоскута. Дифференциал выполнен из жесткого материала в виде неровной пластины. Число выступов на различных дифференциалах колеблется, что позволяет получать перфорируемые кожные лоскуты с различным коэффициентом растяжения. Высота выступа дифференциала рав-

на высоте режущего выступа дермоперфоратора. Дифференциал устанавливают под дермоперфоратором, при этом выступ проходит через отверстие дермоносителя или сверху, в таком случае он плотно прилегает к боковой стенке режущего выступа, выключая его из рабочего состояния.

Для получения сетчатых трансплантатов кожный лоскут эпидермисом вверх укладывают на режущие элементы дермоперфоратора с предварительным размещением соответствующей толщины протектора (если перфорация предусматривает получение лоскута с максимальным коэффициентом расширения) или дифференциала с избранным коэффициентом расширения и подают в зазор между опорными валиками. Величину зазора устанавливают с помощью винтового механизма. С по-

мощью рукоятки вращательное движение сообщается одному из опорных валиков и через зубчатую передачу — второму валику. Кожный лоскут вместе с дермоперфоратором получает поступательное движение между валиками. Направляющие борты дермоперфоратора входят в круговые борозды верхнего валика, что гарантирует прямолинейность движения. При этом на кожный лоскут одновременно в шахматном порядке наносятся многочисленные линейные проникающие разрезы, соответствующие длине режущих выступов применяемого дермоперфоратора. В результате нанесения таких разрезов кожный лоскут превращается в сетчатый трансплантат.

Поступила 02.02.89.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Л. А. Лещинский. «Деонтология в практике терапевта». М., Медицина, 1989. Тираж 100 000 экз., 208 с.

Настоящая монография посвящена мало изученному разделу деятельности участкового врача — этике взаимоотношения дуалистического единства «врач и больной». В сущности, с момента публикации знаменитой монографии академика И. А. Кассирского «О врачевании, проблемы и раздумья» (1970) не было подобных фундаментальных изданий, целенаправленно написанных для врача-терапевта.

Книга состоит из 7 глав. В главе I даны понятия об основных разделах врачебной (медицинской) деонтологии. Подчеркнута большая значимость именно терапии как фундаментальной клинической специальности и основы врачевания в любой клинической области.

В главе II анализируется долг врача и медицинского работника перед обществом и государством. До настоящего времени решающая роль в «верности знамени» специальности интерниста принадлежит моральной стимуляции — престижу, народному уважению, доброму имени врача среди больных и здоровых. К сожалению, в главе нет сведений о правовой защищенности врача, что можно объяснить отсутствием в нашем законодательстве соответствующего кодекса.

Самая большая по объему глава III открывается лозунгом: «Главная черта „медицинского характера“ — любовь к больному или чувство долга?» В ответ на заданный вопрос Л. А. Лещинский пишет, что любовь врача должна распространяться на всех пациентов и лежать в основе его постоянной готовности к подвигу, самопожертвованию. Чувство же долга требует от врача безупречного, со «знаком высшего качества», выполнения своих профессиональных обязанностей, что при существующем процветании «полюятрии» является особенно актуальным (в лечении больного, по данным автора, принимают участие 9,45 врача!). Одновременно с любовью к пациенту и выполнением профессионального долга настоящий врач должен постоянно совершенствовать свои знания, ибо «во врачебном деле нет людей, закончивших свою науку» (М. Я. Мудров). Полноценный специалист обладает максимальной требовательностью к себе, беспощадным самоконтролем при определенной снисходительности к ошибкам и промахам других.

Важнейшие врачебные качества закладываются уже в студенческие годы, причем начиная со II — III курса. По мнению автора, известного клинициста, будущим врачам необходимо прививать искусство эмпатии, овладеть которым можно лишь «человеку по своему нраву прекрасному и доброму» (Гиппократ), ибо «...недостаточно делать добро, его нужно делать красиво» (Д. Дидро).

Выделены четыре аспекта врачебной деятельности — профилактика, диагностика, лечение и прогностическая оценка. Автор подробно рассматривает деонтологические стороны названных разделов и подчеркивает необходимость коллегиального подхода к диагностическому процессу. В основу лечения больных должно быть положено правило индивидуальной направленности терапии, предполагающее решение трех следующих задач: 1) необходимо знать, чем лечить; 2) точно представлять, какую именно болезнь, в какой конкретной форме, вариантах, сочетаниях с другой патологией он собирается лечить; 3) какой конкретно организм предстоит лечить. Современная клиника стала полиморбидной, «...что во много раз усложняет построение индивидуально наилучшей (то есть идеально индивидуализированной) терапии». Необходимо помнить, что «каждое лекарственное лечение — это известный риск для больного».

В специальном разделе монографии рассмотрены основные качества врача при ведении больного — вежливость, такт, деликатность, внимательность, доверительность и душевная тонкость. Нужно уметь хранить врачебную тайну и ко всем своим больным относиться справедливо и равно. Автор категорически против предпочтения своего рода «элиты» больных, выделения пациентов по имущественному, должностному принципу, принципу родства, знакомства, «деловых связей». На фоне современного возврата к милосердию, общечеловеческим ценностям это требование звучит в унисон с традициями отечественной интеллигентности!

Центральной темой монографии является обсуждение ятрогении, сестрогении и эрогогении. Примеры из терапевтической, кардиологической, нефрологической и онкологической практики учат врача правильно вести себя в аналогичных ситуациях. В отличие от предшествовавших работ, посвященных проблемам деонтологии, большое внимание в монографии уделено причинам сестрогении как источникам вербальной психогении у пациен-

тов. Ее устранение во многом зависит от обучения медицинских сестер служебному этикету. Особенно затруднительным в деонтологическом отношении автору представляется контакт врача с больным коллегой. Врач, страдающий длительным и серьезным заболеванием, особенно ранним психологически, чувствителен к ятрогении, к недостаточно тактичной врачебной курации. Выходом из создавшейся ситуации во многих случаях является неполная информация пациента, ободрение, «ложь во спасение»... В таких случаях поможет и оптимизм врача с мотивированным обнадеживанием.

За последние годы до 25—30% больных составляют лица пенсионного возраста. Общение с ними требует особого чувства милосердия и «словесной асептики», постоянной борьбы с «дегуманизацией» медицины, развившейся на фоне снижения уровня подготовки молодых специалистов. В монографии предложены пути выхода из создавшегося положения.

Сложный вопрос о применении активных мер по облегчению ухода из жизни смертельно больных людей — эйтаназии — рассмотрен автором с позиции советской медицинской этики и уголовного права, абсолютно не допускающих подобных действий со стороны врача. Более подробно этот вопрос освещен в трудах проф. И. А. Шамова (Махачкала), однако в библиографии рецензируемой монографии ссылки на его работы, к сожалению, отсутствуют.

Не менее важной стороной врачебной практики является деонтология взаимоотношения врача с родственниками больного, его микросоциальной средой. После анализа трудных ситуаций с целью повышения культуры таких отношений даны конкретные советы, которыми врач может воспользоваться.

В главе IV разобран мало изученный вопрос о врачебном моральном самочувствии и самовоспитании врачебных качеств. Читатель узнает много нового и полезного об этапах планирования самоподготовки, развития библиомании, деонтологического потенциала.

Глава V посвящена моральному требованию к врачу, работающему в медицинском коллективе. Подчеркнута необходимость серьезной и постоянной борьбы с врачебным самолюбием, апломбом и амбициозностью. «Лекарствами» в борьбе с этими пороками являются товарищеская критика, создание внутри коллектива плодотворного союза между врачом-учителем и врачом-учеником.

В главе VI продолжены мысли главы предыдущей, в ней много авторских размышлений об образе жизни врача на селе и в городе. Даже свободное время и хобби врача должны быть подчинены главной задаче — быть представителем советской интеллигенции, человеком творческого труда, носителем передовой культуры. Несовместимо с поведением врача и употребление алкоголя, табакокурения.

В небольшой заключительной главе VII изложены права больного и его моральные обязанности по отношению к медицинским работникам. Поднятая тема носит элементы новизны и призывает деятелей советского здравоохранения перейти от формального декларирования профилактического направления медицины к реальному оздоровлению и привитию санитарной культуры в масштабах нации.

К сожалению, широкий спектр обсуждаемых вопросов, по-видимому, не дал возможности привлечь литературу по аналогичной тематике, опубликованную другими клиницистами (Осипов, Контский, Шамов, Наумов и др.). Их работы следовало бы включить в список литературы, хотя последнее замечание не снижает высокой оценки книги.

Таким образом, монография проф. Л. А. Лещинского является большим вкладом в учение о деонтологии в практике врача-терапевта и должна стать настольным руководством в деятельности интерниста.

Заслуж. деят. науки ТАССР,
проф. В. Ф. Богоявленский (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ЕЖЕГОДНОЕ СОВЕЩАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА «ИНТЕРАСТМА» (ЧССР, г. Прага, 17—20 мая 1989 г.)

На очередном рабочем совещании Международного общества «ИНТЕРАСТМА» приняли участие свыше 600 специалистов в области аллергологии и пульмонологии из 34 стран — Англии, Австрии, Бразилии, США, Израиля, Швеции, Японии, ЧССР, ГДР, Венгрии и др. В работе совещания участвовали и советские специалисты из Москвы, Ленинграда, Тбилиси, Баку, Казани, Белоруссии, Литвы, Украины.

Основная тема совещания «Бронхиальная астма — от детей до взрослых» обсуждалась на 3 пленарных секциях, 4 симпозиумах, 9 воркшопсах. Даже простое перечисление тем может дать представление о рамках охвата проблемы: «Фармакотерапия астмы», «Иммунология астмы», «Аллергены», «Спортивная активность, психосоциальные аспекты и предупреждение астмы», «Бронхиальная гиперреактивность», «Иммуноterapia», «Воспаление и астма», «Спелеотерапия», «Хронобиология астмы» и т. д.

На открытии совещания выступил президент общества, доктор Д. Белланти (США), посвятивший свой доклад проблемам астмы детского возраста, а также социально-экономическим аспектам заболевания. В докладе проф. Е. Черрати было отмечено, что самая низкая в мире заболеваемость астмой наблюдается в СССР. Это, по мнению специалистов, отражает, скорее, разные подходы к трактовке диагноза, чем реальную картину. С иммунологическими механизмами в патогенезе бронхиальной астмы познакомил собравшихся президент предстоящего в 1990 г. в Токио Всемирного конгресса общества проф. С. Кобаши; он акцентировал внимание на эндокринных взаимодействиях, роли половых и тиреоидных гормонов.

В рамках симпозиума «Лечение астмы», проведенного в виде международного обзора, был прочитан цикл лекций: «Диагностика астмы» (доктор Готц; Австрия), «Лечение астмы в возрасте от

0 до 3 лет» (проф. Рашелевски; США), «Лечение астмы в возрасте 3—5 лет» (доктор Шейнман; Франция), «Лечение астмы в возрасте 5—18 лет» (доктор Варнер; Англия), а также состоялась плодотворная дискуссия.

На 2-й пленарной сессии наибольшее внимание привлекли лекции проф. С. Бирмана (США) о методах оценки и подходах к коррекции гиперреактивности бронхов — ключевого момента патогенеза бронхиальной астмы, а также проф. Биненштока (Канада), который, опираясь на учение И. П. Павлова, с оригинальной точки зрения рассматривает участие нейропептидов в механизмах развития астмы.

Среди сообщений о новых подходах к фармакотерапии заболевания мы выделили доклад доктора Виллиамса (Англия) об использовании активаторов калиевых каналов. На специальном заседании демонстрировался рекламный видеофильм о препарате бронховаксоне, высокоэффективном средстве, с успехом применяющемся при терапии инфекционно-зависимой бронхиальной астмы, а также при других инфекциях бронхолегочного аппарата. Темой выступления вице-президента АМН СССР, проф. А. Г. Чучалина были роль ионов кальция и перспективы применения антагонистов кальция при астме. Большое количество работ об использовании нового антигистаминного препарата астемизола (гисманала) свидетельство-

вало о том, что эра антимадиаторных средств переживает новый подъем и не все имеющиеся возможности в этом плане исчерпаны.

В докладе проф. Гальперина (США) были рассмотрены иммунологические аспекты астмы. Проф. В. И. Пыцкий (Москва) выступил с докладом «Кортизолрезистентные лимфоциты у больного бронхиальной астмой».

Большое внимание было уделено нетрадиционным методам лечения: в течение 2 дней обсуждались проблемы спелеологии; проблемам очистки воздуха был посвящен специальный воркшоп со спонсорством фирмы-производителя. От «безаллергенных палат» разработчики предлагают переходить к индивидуальным компактным приборам.

На секции «Аллергены» доложили результаты своих исследований проф. Р. Х. Бурнашева и соавт. (Казань).

В рамках совещания были проведены выставки ведущих фирм — разработчиков и производителей медицинского оборудования и препаратов. Участники совещания получили прекрасную возможность для плодотворного общения, развития научного сотрудничества с целью решения одной из актуальных проблем практической медицины — диагностики и лечения бронхиальной астмы.

Проф. Р. Х. Бурнашева,
канд. мед. наук Р. С. Фассахов (Казань)

ПЛЕНУМ ВСЕСОЮЗНОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

(г. Фрунзе, 14—15 сентября 1989 г.)

Пленум был посвящен основным достижениям и перспективам развития внутренней медицины, а также проблеме высокогорной адаптации и внутренней медицины. Для участия в нем прибыли виднейшие терапевты страны, а также гости из Франции, Италии, Швейцарии, ГДР, Чехословакии, Болгарии и Кубы.

В докладе проф. Б. А. Сидоренко и Н. А. Грацианского (Москва) была рассмотрена ишемическая болезнь сердца и выделена нестабильная стенокардия, которую они назвали новым морфологическим состоянием.

Н. К. Фуркало и соавт. (Киев) пришли к выводу, что условия возникновения ишемии миокарда не исчерпываются механизмом возрастания работы сердца, а включают в себя возможность функционально обусловленного динамического снижения коронарного кровотока.

Следует отметить доклад проф. Карольчека (ЧССР) о значении иммунореактивного инсулина в генезе атеросклероза. Автор убедительно показал значение патологической гликемической кривой в генезе инфаркта миокарда и инсульта (риск заболевания возрастает соответственно в 14,2 и 6 раз).

Р. Г. Оганов и Л. В. Чазова (Москва) привели данные об основных причинах смерти в СССР (в % от всех случаев смерти): от сердечно-сосудистых заболеваний умирают 40 (35) больных, от ишемической болезни сердца — 28,4 (20), онкологических заболеваний — 27 (26), инсульта — 5,8 (6,0), несчастных случаев — 19 (15). В скобках — данные ВОЗ. Один и тот же фактор риска способствует возникновению нескольких заболеваний. Например, курение связывают с возникновением болезни сердца, инсульта, онкологическими заболеваниями и даже несчастными слу-

чаями. Авторы обратили внимание на необходимость борьбы с избыточной массой тела (профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета), отказа от неконтролируемого употребления поваренной соли, сахара, а также проведения профилактических мероприятий с детского возраста.

В интересном сообщении В. А. Насоновой (Москва) «Ревматология и внутренние болезни» была выделена сущность ревматологии (диффузные болезни соединительной ткани, артриты и артрозы, болезни позвоночника и мягких, внесуставных, тканей), а также показана связь ревматизма с дерматологией, невропатологией, онкологией. Впервые речь шла о возможности полисистемного поражения внутренних органов при ревматизме (сердце, легкие, печень, желудочно-кишечный тракт, гематология).

Основные достижения советской пульмонологии были отражены в докладе вице-президента АМН СССР, акад. А. Г. Чучалина (Москва). Рассматривая обструктивные заболевания легких, автор привлек внимание слушателей к исследованию нехолинергических и неадренергических механизмов, указав при этом на обязательную нормализацию слизеобразования и мышечного тонуса при поиске препаратов, улучшающих бронхиальную проходимость.

Гематологическая тематика была представлена докладом акад. АМН А. И. Воробьева (Москва), который отметил отсутствие необходимых, обязательных программ лечения, в частности, острых лейкозов, гемофилии и призвал к повсеместному отказу от переливания цельной крови и к увеличению заготовок свежезамороженной плазмы. Как народный депутат СССР он обратил внимание на необходимость увеличения субсидий

системе здравоохранения. В докладе проф. З. С. Баркагана (Барнаул) «Криоплазменно-антиферментная терапия нарушений гемостаза при терапевтических заболеваниях» общими закономерностями воспалительных и деструктивных процессов, являющихся более или менее распространенной блокадой микроциркуляции в пораженном органе, изоляции очага поражения как тромбированием микрососудов, так и образованием тканевого коагуляционно-макрофагального вала (с включением альтернативных механизмов свертывания).

Работа пленума завершилась принятием резолюции, в которой была указана необходимость программного интегрирования профилактики внутренних болезней, изыскания новых бронхолитических препаратов лечения бронхиальной астмы, разработки интегрированной программы лечения заболеваний внутренних органов, использования свежемороженой плазмы для лечения внутренних болезней.

Проф. И. А. Латфуллин,
председатель общества терапевтов ТАССР

РЕФЕРАТЫ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ДАННОМ НОМЕРЕ

УДК 616.37+616.361] — 073.48

Ультразвуковое исследование панкреатобилиарной системы. Салихов И. А., Федоров В. В., Красильников Д. М., Кнузовец С. Я., Карпухин О. Ю., Закирова Н. Г., Абдуллина А. М. Казанский мед. ж. — 1989. — № 6. — С. 405.

Работа посвящена определению диагностической ценности ультразвукового исследования (УЗИ) у больных с патологией панкреатобилиарной системы на основании анализа результатов 558 исследований. У неотложных больных УЗИ позволило решить вопросы диагностики холестазиса, острого панкреатита, выявить механическую природу желтухи. Установлена высокая разрешающая способность УЗИ при хронических панкреатитах, холециститах и гепатитах, а также при опухолевых и кистозных поражениях печени, кистах поджелудочной железы. В то же время диагностика холедолитиаза и выяснение причин механической желтухи по данным УЗИ затруднительны и требуют использования дополнительных инструментальных методов исследования.

Ключевые слова: панкреатобилиарная система, ультразвуковое исследование.

Библиография: 5 названий.

УДК 616.37 — 002.191 — 089.8

Оперативное лечение псевдокист поджелудочной железы. Гагушин В. А. Казанский мед. ж. — 1989. — № 6. — С. 407.

Описан метод оперативного лечения псевдокист поджелудочной железы, включающий вариант наружного дренирования кист, отличающийся малой травматичностью и достаточной эффективностью.

Ключевые слова: поджелудочная железа, псевдокисты, оперативное лечение.

3 таблицы. Библиография: 6 названий.

УДК 616.33 — 006.6 — 072.1

Желудочные поля и их дифференциально-диагностическое значение. Сигал М. З., Абдуллин А. С. Казанский мед. ж. — 1989. — № 6. — С. 410.

Желудочные поля являются тончайшими анатомическими элементами слизистой оболочки, которые были изучены в норме и при различных па-

тологических процессах в желудке. Исследование проводили на удаленных препаратах и операционном столе методом обратной трансиллюминации. Установлено, что желудочные поля имеют различную форму в разных отделах стенки желудка; в антральном отделе — более продолговатую, в области тела — полигональную, в проксимальном отделе — более округлую, овальную. Желудочные поля изучали при гастритах, сопутствующих различным заболеваниям желудка, раку, язве, полипозу (у 136 больных), при язвенной болезни желудка (у 97), при раке различной анатомической формы (у 280), при неэпителиальных опухолях (у 44).

Ключевые слова: желудок, слизистая оболочка, патология.

УДК 616.33 — 002.44 — 089.844

Новые методические подходы к хирургическому лечению гастродуоденальных язв. Кузнецов В. А., Еляшевич Б. Л., Агеев А. Ф., Федоров И. В. Казанский мед. ж. — 1989. — № 6. — С. 412.

Проведен анализ более 2000 операций при язвенной болезни, выполненных в клинике с 1965 г. по настоящее время. За это время тактика менялась трижды от резекции желудка по Бильрот-II к резекции с наложением прямого гастродуоденального анастомоза по Бильрот-I, а от нее — к органосохраняющим вмешательствам с применением ваготомии. Разработаны методы трансэндоскопического лечения язвы, оригинальный способ резекции желудка с наложением нижнего анзоперистальтического анастомоза, метод закрытия дуоденальной культи при резекции желудка «на выключение», трехкомпонентная органосохраняющая операция при обширных околоязвенных инфильтратах. Определены показания и противопоказания к выполнению органосохраняющих и резецирующих операций.

Ключевые слова: желудок, язвенная болезнь, органосохраняющее лечение.

3 иллюстрации.

УДК 616.34 — 002.44 — 006.5 — 072.1 — 089.8

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и полипы желудка. Васильев Ю. В., Болдырева Л. И. Казанский мед. ж. — 1989. — № 6. — С. 414.

Представлен опыт выполнения эндоскопических полипэктомий желудка у больных язвенной бо-

лезною двенадцатиперстной кишки в периоде обострения и ремиссии заболевания. Морфологическая структура удаленных полипов — фовеолярная гиперплазия, гиперпластический полип, аберрантная поджелудочная железа. Авторы считают целесообразным проведение эндоскопических полипэктомий желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с диагностическими, лечебными и профилактическими целями.

Ключевые слова: желудок, полипы, двенадцатиперстная кишка, эндоскопическая полипэктомия.

Библиография: 6 названий.

УДК 616.24—007.63—053.1

Врожденная локализованная эмфизема легких у детей. Рокицкий М. Р., Хабибуллина Р. В., Порываева В. Н., Гребнев П. Н. Казанский мед. ж.—1989.— № 6.—С. 416.

Проанализирован клинический материал наблюдений за 17 детьми в возрасте от 14 дней до 13 лет с врожденной локализованной эмфиземой легких. Выделены три формы заболевания — декомпенсированная, субкомпенсированная и компенсированная. Рассмотрены вопросы дифференциальности диагностики, значение бронхографического исследования, особенности оперативного вмешательства. Обсуждены диагностические и лечебные ошибки. В качестве подготовительного этапа к операции предложено использование метода временной окклюзии бронха, уменьшающей степень дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки развития бронхов и легких, эмфизема.

2 таблицы. **Библиография:** 2 названия.

УДК 616—002.3—085.33

Эндолимфатическая антибиотикотерапия местного гнойного процесса. Лебедева Т. П., Бегишев О. Б., Коньчев А. В., Власова Л. М. Казанский мед. ж.—1989.— № 6.—С. 419.

Описана методика непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии, примененной у 710 больных с местными гнойными процессами. Метод эффективен, доступен, экономичен и прост в исполнении.

Ключевые слова: гнойное воспаление, лимфа, антибиотикотерапия.

Библиография: 5 названий.

УДК 616.62—006.6—06:616.61—002.3—089.48

Чрескожное дренирование почек под ультразвуковым контролем при обструктивном пиелонефрите у больных раком мочевого пузыря. Ситдыков Э. Н., Зубков А. Ю., Ситдыкова М. Э. Казанский мед. ж.—1989.— № 6.—С. 420.

У 14 больных раком мочевого пузыря в стадии T₂—T₄ (в том числе у 3 после оперативного лечения), основное заболевание осложнилось возникновением острого пиелонефрита вследствие обструкции верхних мочевых путей. С целью восстановления оттока мочи из почки была произведена нефростомия под ультразвуковым контролем.

Метод позволяет обеспечить адекватное суправезикальное отведение мочи и дает возможность в последующем выполнить радикальное оперативное лечение.

Ключевые слова: мочевой пузырь, рак, чрескожная пункционная нефростомия, острый пиелонефрит.

УДК 616.284.7—089.874—06:617.57—08

Лечение функциональных нарушений верхней конечности после радикальной мастэктомии. Акимов А. А., Сигаев В. В., Сааян Э. С., Чубаров Г. В. Казанский мед. ж.—1989.— № 6.—С. 424.

Изучены результаты восстановления функциональных нарушений верхней конечности после радикального лечения рака молочной железы. Рекомендован способ, который включает в себя воздействие на процессы микроциркуляции с коррекцией локальных нарушений в системе гемостаза пораженной конечности и предусматривает значительную активацию двигательной активности, повышение мышечной силы с восстановлением мышечной передачи в синапсах. Эффективность лечения оценивалась по данным тканевой микроциркуляции, скорости венозного кровотока, получаемым радиоизотопными методами, а также по результатам телевизионной капилляроскопии.

Ключевые слова: молочная железа, рак, мастэктомия, верхняя конечность, отек, лечение.

УДК 616.728.2—004—089.881

Клинико-рентгенологические результаты операции образования надвертлужного «навеса» при диспластическом коксартрозе. Акбердина Д. Л., Гиммельфарб А. Л., Ширшова Л. А. Казанский мед. ж.—1989.— № 6.—С. 422.

Проанализированы результаты применения 32 больным диспластическим коксартрозом операции формирования надвертлужного «навеса» методом ацетабулопластики. У 10 больных с менее резкими патологическими изменениями ограничивались только этой операцией, у 22 больных с более выраженными диспластическими и артрозными изменениями сочетали ее с межвертельной остеотомией. Отдаленные результаты лечения на сроках от 1,5 до 6 лет прослежены у 23 больных. У большинства больных было достигнуто увеличение покрытия головки бедренной кости на 1,5—2 см, а также увеличение угла Ланца на 15—20°. Клинически отмечалось уменьшение хромоты, болей, ослабление симптома Тренделенбурга. Наблюдения 4—6-летней давности показали сохранность первоначальных размеров «навеса» без тенденции к укорочению. У 5 из 32 больных «навес» рассосался на ранних сроках в результате инфицирования и травмы.

Ключевые слова: диспластический коксартроз, пластическое оперативное лечение.

УДК 618.1—002.1—079.4:616.381—072.1

Применение лапароскопии для дифференциальной диагностики острых заболеваний ге-

питаний в неотложной хирургии. Ким И. А. Казанский мед. ж.—1989.— № 6.— С. 433.

Приведены основные дифференциально-диагностические критерии острых заболеваний ге-

питаний в неотложной хирургии. Указано на эффективное применение лапароскопии, позволяющее в ряде случаев избежать лапаротомии.

1 таблица. 1 иллюстрация. Библиография: 3 названия.

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ ЗА 1989 ГОД

Социальная гигиена и организация здравоохранения

Альбицкий В. Ю., Камаев И. А., Резайкин В. И., Родионов В. А. (Горький). Заболеваемость детей первых семи лет жизни. 3, 223.

Бикбаева А. И., Арефьева Н. А., Лисянский Е. З., Цыгин А. А., Смирнов А. А. (Уфа). Опыт организации оториноларингологических заболеваний рабочих, занятых в производстве минеральных удобрений. 5, 384.

Валеева А. М., Сибгатуллин Ж. Ж. (Казань). Злоупотребление психоактивными веществами подростками с криминальным поведением. 5, 371.

Вахитов Ш. М. (Казань). Письмо в редакцию. 5, 396.

Галиуллин А. Н., Абдюшев Ш. Я., Винокурова М. А., Садыкова Р. А. (Казань). Влияние здоровья матерей на возникновение кариеса зубов у детей. 3, 199.

Галиуллин А. Н., Абдюшев Ш. Я., Иваничева Н. А. (Казань). Опыт диспансеризации рабочих на цеховом врачебном участке клиническими ординаторами медицинского института. 5, 381.

Гехт И. А. (Куйбышев). Некоторые проблемы организации стационарного лечения одиноких лиц старших возрастов в сельской местности. 5, 377.

Гройсман В. А., Белых С. И., Тулепкалиев С. Т., Титаренко Л. Г. (Тольятти). Организация и опыт работы поликлинического урологического отделения города. 5, 376.

Еникеев Д. Г., Болотовский И. С., Макаркин Н. С., Классен И. А., Антонов В. М. (Казань). О состоянии и перспективах развития психиатрической помощи в Татарской АССР. 6, 401.

Иванович Г. А., Шакуров Р. Ш., Пинягина И. Н., Семенова Н. А., Якупова Р. Г., Шагеева Л. К., Бидалова А. Ш. (Казань). Место рефлексотерапии в проведении диспансеризации всего населения. 5, 383.

Камаева А. А., Халетова С. С., Бакшаева М. А. (Йошкар-Ола). Заболеваемость студентов университета и пединститута в г. Йошкар-Оле. 3, 224.

Князева Т. М., Классен И. А. (Казань). Социально-психологические аспекты проблемы алкоголизма. 5, 373.

Мавлютова М. Г., Климанов В. В., Гамиров О. Ф. (Уфа). Организация хирургической помощи детям с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. 5, 379.

Розенгартен М. Ю., Семенова Л. Д. (Казань). Хирургическая помощь и пути ее улучшения в Татарии. 1, 1.

Сапрыкина А. Г. (Куйбышев). Социально-экономический анализ на основе определения утраченного жизненного потенциала в связи со смертностью от злокачественных новообразований. 5, 368.

Странадко Е. Ф., Александрова Л. А., Хаджиев М. А. (Москва). Экономическая эффектив-

ность выявления, лечения и реабилитации больных раком желудка. 5, 366.

Хазиахметова В. С. (Казань). Медицинская интеллигенция Татарии. 2, 140.

Хамитова Р. Я., Шайхутдинов Ф. Г., Шаймарданова Г. С., Сидимирова Г. М. (Казань). Состояние здоровья женщин, работающих в условиях опытного химического производства. 6, 464.

Чикин С. Я. (Москва). Научно-техническая революция и формирование экологического мышления у врачей. 4, 241.

Шамсуллин Р. В. (Бугульма, ТАССР). Анализ черепно-мозговых травм по Бугульминскому району за 1976 — 1986 годы. 1, 61.

Шаповалов К. А. (Архангельск). Борьба с травматизмом на водном транспорте. 5, 370.

Терапия

Андреев В. М., Жунгин П. Д. (Казань). Вентилиционно-перфузионные отношения у курящих. 3, 219.

Бурнашева Р. Х., Фассахов Р. С., Храмов В. В., Войцехович Г. С., Райзман С. М. (Казань). Случай наследственного ангионевротического отека. 1, 64.

Вайнштейн С. Г. (Тернополь). Предболезнь как этап процесса приспособления. 1, 69.

Валимухаметова Д. А., Леонова В. Н., Резникова Ф. А., Куренева М. М. (Казань). Прижизненная диагностика мезотелиомы перикарда. 1, 65.

Валимухаметова Д. А., Ахметзянов И. М. (Казань). О влиянии гелиогеофизических факторов на состояние здоровья больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. 2, 88.

Вогралик В. Г., Сальцева М. Т., Вогралик М. В., Аминев Н. В., Меринова И. В., Рунова А. А. (Горький). Некоторые новые возможности в лечении больных атеросклерозом. 1, 9.

Галевич А. С., Ослопов В. Н., Хасанов З. Ш., Нефедова А. И., Загайнова Е. Н. (Казань). Гипертрофическая кардиомиопатия. 4, 306.

Галевич А. С., Нефедова А. И., Саитова Р. А., Ахметова Ф. М. (Казань). Опыт применения кардиокомплекса «Лента М». 5, 331.

Германов В. А., Сергеева Т. М. (Куйбышев). Догадка врача. 5, 386.

Грицман Ю. Я., Славнова Е. Н., Чаплюк М. И., Батинов И. Н., Куница М. А., Моторин А. А. (Москва). Матричный метод исследования в онкологии. 6, 445.

Гузачев А. А., Рабинович П. Д. (Саратов). Тест нагрузки холестерина для диагностики атеросклероза с нормолипотенемией. 3, 194.

Иванова Л. И., Сильницкий П. А., Карав З. О., Яробкова Н. Д., Великанова Л. И. (Ленинград). Функциональное состояние щитовидной железы и толерантность к глюкозе у больных кандидозом. 3, 190.

Ковалева Т. Н., Кобринский Г. Д. (Москва). Использование липосом для введения террилитина. 5, 329.

Комиссаров В. А. (Одесса). Критерии оценки гемодинамического статуса и толерантности к физической нагрузке при постинфарктном кардиосклерозе. 4, 251.

Коробов В. В., Мухин Г. Б. (Казань). Применение гелий-неонового лазера для купирования аритмического шока. 1, 66.

Крюков Н. Н. (Куйбышев). Особенности функционального состояния гипотизарно-надпочечниковой системы у больных гипертонической болезнью. 1, 68.

Латфуллин И. А., Свиридкина Л. П., Аглулина Э. И., Иванова С. В., Изосимова Л. А., Дулеева Т. В. (Казань). Ферментная диагностика ишемической болезни сердца. 2, 90.

Латфуллин И. А., Гаянова М. Н., Белопухов В. М., Миннетдинов Р. Ш. (Казань). Трансформация мелкоочагового инфаркта миокарда в трансмуральный. 4, 325.

Мазурец А. Ф. (Симферополь). О применении коферментного терапевтического комплекса у больных с идиопатическим миокардитом Абрамова — Фидлера. 4, 327.

Мархасина И. П. (Свердловск). Дифференциальный диагноз ревматического митрального стеноза по данным М-эхокардиографии. 4, 254.

Мизин В. Т. (Уфа). Значение для диспансеризации прогностического моделирования на основе диагностики предпатологии. 1, 39.

Моругова Т. В., Лазарева Д. Н. (Уфа). Углеводный обмен у больных сахарным диабетом при лечении гипертонической болезни. 4, 301.

Мустафин А. М. (Казань). Письмо в редакцию. 2, 157.

Мухутдинова Ф. И. (Казань). О биологической целесообразности лихорадочной реакции. 2, 130.

Насырова Е. Г., Лукина М. В., Низамутдинов С. И., Смирнов М. В. (Казань). Энергочастотные показатели электроэнцефалограммы больных сахарным диабетом в зависимости от морфотипа. 1, 58.

Панфилов Ю. А., Слободянюк А. Л., Крюков Н. Н. (Куйбышев). Проба с физической нагрузкой в диагностике ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у машинистов локомотивов. 4, 249.

Пирожник Л. А., Синицына Г. М., Тестоедова Т. А. (Ижевск). Анализ эффективности противорецидивного лечения больных язвенной болезнью препаратами крови и традиционными методами. 4, 270.

Поздеев О. К., Рахматуллин И. М. (Казань). Вирусные иммунодефициты. Механизмы постинфекционной иммунопатологии. 5, 353.

Родионов А. В., Орлов В. А., Суrowикин М. С. (Москва). Динамика кининогенеза у больных язвенной болезнью на фоне медикаментозной терапии. 4, 273.

Романова О. В. (Саратов). Спектр первого тона сердца больных инфарктом миокарда в покое и при физической нагрузке. 1, 42.

Сабирова З. Ф. (Уфа). Применение ацетилюлинового теста для изучения влияния загрязнений атмосферного воздуха на функцию внешнего дыхания. 4, 306.

Салихов И. Г., Агишева К. Н. (Казань). Перекисное окисление липидов и состояние антиоксидантной системы у больных ревматоидным артритом. 2, 95.

Сейфулла Р. Д., Белоус М. В., Ким Е. К.

(Москва). Нейрорегуляторные пептиды в медицине. 3, 207.

Студенцова И. А., Заиконникова И. В., Визель А. О., Гараев Р. С. (Казань). Изучение антиацидотической активности димефосфона. 2, 118.

Талантов В. В. (Казань). Болезнь — инфекция — болезнь. 2, 99.

Талантов В. В., Султанова Л. М., Солдатов В. Ю. (Казань). Фенолемия при сахарном диабете. 3, 193.

Тегенев Ф. Ф. (Тюмень). Стиль клинического мышления в условиях скрининговых исследований. 5, 321.

Тихонов В. П., Умурзаков Э. У., Стаценко М. Е., Немчук Ф. А. (Волгоград). Лечение гипертонической болезни в зависимости от влияния бета-адреноблокаторов на липиды и липопротеиды сыворотки крови. 1, 45.

Тригулова В. С., Волчкова Н. С., Тухватуллина И. А. (Казань). Диагностический алгоритм при железодефицитной анемии. 4, 260.

Трусов В. В., Филимонов М. А. (Ижевск). β_2 -микроглобулин в диагностике нефротоксического действия аминокликозидов. 4, 265.

Фомина Л. Л., Салихов И. Г., Маянский А. Н., Чеботарь И. В. (Казань). Неспецифическая и специфическая адгезия нейтрофилов в патогенезе и клинике ревматоидного артрита. 2, 135.

Цыбулькин А. П., Рахматуллина Н. М. (Казань). Лечение атонических форм бронхиальной астмы средними дозами теофиллина. 6, 438.

Шенкман Б. З., Грачева Н. В. (Саратов). Бактериальные эндотоксины и заболевания органов пищеварительной системы. 4, 303.

Юнусов Р. В., Габитов С. З., Тагиров И. С. (Казань). Использование скинтиграфии с ^{99}Tc -дифосфонатом в диагностике артритов. 4, 256.

Юсупов А. С., Вахитов С. Х., Васюк С. П. (Уфа). Лазерная рефлексотерапия в лечении табакокурения. 1, 37.

Туберкулез

Визель А. А. (Казань). Влияние физической нагрузки и ингаляции беротека на вентиляцию и гемодинамику больных туберкулезом легких. 3, 185. Влияние кратковременной ингаляции кислорода на гемодинамику и вентиляцию больных туберкулезом легких. 4, 267.

Красноперов Ф. Т., Холмовская М. Б., Сагирова Г. М. (Казань). Об использовании вычислительной техники во фтизиатрии (письмо в редакцию). 3, 235.

Слепова Р. И., Галиаскарова Э. Р., Домрачева О. В. (Казань). Современные особенности диагностики и лечения саркоидоза Бека. 1, 50.

Трофимова Р. И. (Казань). Клинические особенности и лечение хронического бронхита у пожилых больных туберкулезом. 5, 345.

Усманов И. В. (Казань). Хирургическое лечение туберкулезных спондилитов в условиях противотуберкулезного диспансера. 1, 33. Ошибки в диагностике туберкулезного спондилита. 3, 188.

Инфекционные болезни

Бабиченко О. Е. (Саратов). Всасывательная функция толстой кишки при дифиллоботриозе. 2, 139.

Баширова Д. К., Еналеева Д. Ш., Фаткуллов М. С., Садекова Я. Х. (Казань). Клиника и исходы вирусного гепатита и А и В с паран-

теральный механизм передачи. 3, 165.

Бойко А. В., Погорелова Н. П., Черникова Ю. Ю., Жигарева Т. М. (Астрахань). О первых случаях острых кишечных инфекций, вызванных паразитическими вибрионами в пресноводном регионе. 3, 170.

Букин В. Н., Толоконская Н. П. (Новосибирск). Катионные белки лейкоцитов в периферической крови у больных бруцеллезом. 3, 215.

Булатова Н. А., Одишария М. С. (Казань — Москва). Плазменный фибронектин и изменения гемокоагуляции при острой дизентерии. 3, 175.

Ванесян А. С., Ушакова И. А., Барковская М. А., Габитова Р. М., Мустакова В. Л., Царегородцева Р. Г., Святский Б. А. (Уфа). О диспансеризации женщин-реконвалесцентов после перенесенного вирусного гепатита. 2, 136.

Галеева Р. К., Баширова Д. К., Шигапова Г. М. (Казань). Клиника мозжечкового энцефалита при ветряной оспе. 1, 31.

Гельфанд Л. Л., Зарипов Р. А., Бегичева Е. В. (Казань). Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом. 3, 177.

Заяц Н. А., Дранкин Д. И., Крылов Б. А. (Саратов). Эпидемический паротит среди учащихся. 3, 227.

Мороз Б. В., Никифоров В. Н., Трякина И. П. (Москва). Токсоплазмоз в клинической патологии. 3, 179.

Покровский В. В. (Москва). Вич-инфекция. 3, 221.

Рыжанова М. А. (Казань). Энтеробиоз у детей. 3, 217.

Соринсон С. Н. (Горький). Клинико-патогенетические аспекты проблемы вирусного гепатита В. 3, 161.

Харченко Г. А. (Астрахань). Клинико-лабораторная характеристика дизентерии Флекснера I В с летальным исходом у детей. 3, 172.

Хазреткулов Х. (Чарджоуская ЦРБ, Тадж. ССР). Случай бешенства у человека. 3, 217.

Хуафина Д. Х., Волегова Г. М., Мамон А. П., Абдрахманов М. М., Мамон С. И. (Уфа). Ошибка в диагностике геморрагической лихорадки с почечным синдромом. 3, 215.

Ширапова М. С. (Саратов). Секреторная функция желудка у реконвалесцентов геморрагической лихорадки с почечным синдромом. 3, 216.

Шмелева В. С., Малышева Е. Б., Фролов А. В. (Горький). Иммуногенез гепатита В острого циклического и затяжного течения. 3, 168.

Хирургия

Васильев Ю. В., Болдырева Л. И. (Москва). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и полипы желудка. 6, 414.

Велиев Н. А. (Казань). Лимфологические принципы лечения и профилактики перитонита. 6, 451.

Гагушин В. А. (Горький). Оперативное лечение псевдокист поджелудочной железы. 6, 407.

Ганцев Ш. Х. (Уфа). Операционный риск в абдоминальной хирургии. 3, 213.

Горлов А. К., Кашин М. Б., Гойербарг М. Я. (Куйбышев). Комбинированное лечение большого 5, 357.

Гумеров А. А., Кантюкова Г. А., Ишимов Ш. С., Мамлиев И. А., Хамидуллина Ф. М. (Уфа). Местное орошение язв через эндоскоп. 6, 456.

Коломенский С. Н., Большаков А. И., Карпов А. В., Аржанов Ю. В., Гильмутдинов А. А. (Казань). Аллопластика грыжи прямой кишки. 5, 361.

Коченов В. И. (Горький). К методике расчленения тканей сфокусированным лазерным излучением. 6, 456.

Кочнев О. С., Бирияльцев В. Н., Халилов Х. М., Коробков В. Н. (Казань). Сравнительная оценка реконструктивных операций на желчных путях. 3, 202.

Кузнецов В. А., Еляшевич Б. Л., Агеев А. Ф., Федоров И. В. (Казань). Новые методические подходы к хирургическому лечению гастродуоденальных язв. 6, 412.

Лебедева Т. П., Бегишев О. Б., Конечев А. В., Власова Л. М. (Ленинград). Эндолимфатическая антибиотикотерапия местного гнойного процесса. 6, 419.

Лобкарев О. А. (Казань). Опыт внутрикавернозной имплантации силиконовых протезов при эректильной импотенции. 1, 57.

Марчук А. И., Заец Т. Л., Станкевич В. Е. (Москва). Экстракорпоральные методы детексации при ожоговой болезни. 6, 447.

Медведев В. Н., Харитонов Г. И., Валеев Р. А. (Казань). Об изменении содержания сывороточных иммуноглобулинов при коррекции врожденных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения. 5, 332.

Петров В. И. (Нижекамск, ТАССР). Оперативное лечение больных с аденомой предстательной железы в условиях ЦРБ. 3, 219.

Попов А. Н. (Казань). Наружные желчные свищи и синдром ахолии. 2, 133.

Рокицкий М. Р., Акинфиев А. В., Гребнев П. Н., Хабибуллина Р. В., Порываева В. Н., Молчанов Н. Н., Волкова Н. В., Михеев С. А., Фаттыхов Ю. И., Закомырдин А. И., Шагиахметов Д. С. (Казань). Хирургия легких у детей. 2, 103.

Рокицкий М. Р., Хабибуллина Р. В., Порываева В. Н., Гребнев П. Н. (Казань). Врожденная локализованная эмфизема легких у детей. 6, 416.

Салихов И. А., Большаков А. И., Коломенский С. Н., Аржанов Ю. В., Гильмутдинов А. А., Карпов А. В., Старков Н. К. (Казань). О лечении хронического парапроктита. 2, 105.

Салихов И. А., Федоров В. В., Красильников Д. М., Кнубовец С. Я., Карпунин О. Ю., Закирова Н. Г., Абдуллина А. М. (Казань). Ультразвуковое исследование панкреатобилиарной системы. 6, 405.

Семенов В. С., Петров В. В. (Чебоксары). Профилактика несостоятельности толстокишечных анастомозов. 6, 458.

Ситдыков Э. Н., Баснашвили Т. Г. (Казань). Профилактика и лечение обструктивных осложнений после аденомэктомии предстательной железы. 2, 127.

Ситдыков Э. Н., Зубков А. Ю., Ситдыкова М. Э. (Казань). Чрескожное дренирование почек под ультразвуковым контролем при обструктивном пиелонефрите у больных раком мочевого пузыря. 6, 420.

Ситдыкова М. Э., Зубков А. Ю. (Казань). Экспертиза трудоспособности больных после цистэктомии с замещением мочевого пузыря кишечным трансплантатом. 1, 55.

Слесаренко С. С., Какия В. Г. (Саратов). Хирургия кожных аномалий крестцово-копчиковой области. 4, 312.

Стрелков Г. Н., Корепанов А. М. (Ижевск).

Использование гипертонического раствора мочевины при лечении эмпиемы плевры. 3, 184.

Суворов А. П., Капаланов В. Д., Денисов С. Н., Лещинская Л. Б. (Саратов). Лечение хронических негнококковых уретритов инстилляциями аутокрови. 6, 440.

Хакимов И. М., Зиятдинов К. М. (Казань). Случай альвеолярного эхинококкоза множественной локализации. 2, 138.

Юдин Я. Б., Габинский С. А. (Новокузнецк). О тактике при катаральном аппендиците. 4, 275.

Ортопедия и травматология

Акбердина Д. Л., Гиммельфарб А. Л., Ширшова Л. А. (Казань). Клинико-рентгенологические результаты операции образования надвертлужного «навеса» при диспластическом коксартрозе. 6, 422.

Алтунин В. Ф., Халфиев Н. Г., Лернер П. И. (Казань). Гелиометеопрогноз и травматизм. 5, 357.

Гафаров Х. З., Ахтямов И. Ф. (Казань). Мышечная пластика при оперативном лечении врожденного вывиха бедра у детей. 6, 426.

Зулкарнеев Р. А., Ахметов З. Я. (Казань). Повреждение ахиллова сухожилия и результаты оперативного лечения. 6, 429.

Крылов В. Е., Андреев П. С., Сафронова С. Н., Зайнуллин Р. В. (Казань). Летальность больных с сочетанной черепно-мозговой травмой. 4, 310.

Полякова А. Г. (Горький). Рефлексотерапия в комплексе восстановительного лечения больных травматолого-ортопедического профиля. 4, 309.

Прокопьев Н. Я. (Тюмень). Лечение пострадавших с закрытыми диафизарными переломами бедра в сочетании с черепно-мозговой травмой. 1, 62.

Сеюков И. Н. (Бугульма, ТАССР). Консервативное лечение вывихов акромиального конца ключицы. 6, 462.

Трошин В. М., Лебедев А. В., Фролова С. М. (Горький). Определение стороны расположения травматических внутричерепных гематом. 1, 28.

Шайхутдинов И. И., Латыпов А. Л., Еремеев А. М. (Казань). Раннее выявление предсколиотического состояния у детей. 3, 196.

Шаповалов К. А. (Архангельск). Характеристика травм с повреждением костного аппарата у плавсостава на водном транспорте. 6, 462.

Онкология

Акимов А. А., Сигаев В. В., Саакян Э. С., Чубаров Г. В. (Москва). Лечение функциональных нарушений верхней конечности после радикальной мастэктомии. 6, 424.

Беляев А. Р., Ситдыкова М. Э., Зубков А. Ю., Бегичева Е. В. (Казань). Определение содержания β_2 -микроглобулина в моче и крови у больных раком мочевого пузыря. 2, 107.

Лстилин А. В., Шашков П. Ф., Завражнова А. И., Серова Т. А. (Саратов). Отдаленные результаты лечения полиморфных аденом слюнных желез. 4, 313.

Петров С. Б. (Казань). Морфогенез стромы и метастазирование злокачественных опухолей. 3, 220. Дисморфология стромы и прогноз рака молочной железы. 5, 335.

Сигал М. З., Абдуллин А. С. (Казань). Желудочные поля и их дифференциально-диагностическое значение. 6, 410.

Смолянинова И. В., Чулкова О. В. (Москва). Лечение синхронного рака тела матки и яичников. 6, 436.

Терентьева Н. А., Пенин С. В. (Горький). Возможность клинико-рентгенологической дифференциальной диагностики лимфогранулематозных лимфом и лимфогранулематоза средостения. 4, 279.

Хамидуллин Р. И., Бродская А. М., Климова Н. А., Тригулова В. С., Еляшевич Б. Л. (Казань). О причинах диагностических ошибок при выявлении онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. 4, 309.

Цыпलाков Д. Э., Добрынин В. А. (Казань). Динамика и прогностическое значение морфологических изменений регионарных к раковой опухоли лимфатических узлов. 6, 453.

Шахов Е. В., Светозарский Н. Л., Ключихин О. З., Салмин А. А. (Горький). Значение простатической кислой фосфатазы в дифференциальной диагностике и в контроле за лечением рака предстательной железы. 5, 343.

Шитикова А. С., Белязо О. Е., Ушакова Е. А., Куралева В. В. (Ленинград). Нарушение тромбоцитарного звена гемостаза у больных с миелодиспластическим синдромом. 4, 261.

Шульман Х. М., Данилов В. И., Петров С. Б. (Казань). Экстракраниальное метастазирование опухоли головного мозга. 5, 338.

Педиатрия

Ахмадеева Э. Н. (Уфа). Развитие детей, извлеченных путем кесарева сечения. 1, 35.

Белогорская Е. В., Кузнецова Л. А. (Казань). Пути снижения заболеваемости детей пневмонией. 2, 116.

Белогорская Е. В., Александрова Л. Я., Локотунина В. М., Юсупова Г. З., Иванова Т. И., Новожилова А. А. (Казань). Проблемы недоношенных детей. 5, 323.

Гизатуллин Р. Б., Новиков Н. И., Андреев А. В., Насыров Р. Ф., Шугов А. В., Архипова Е. Е., Щепланова Е. Е. (Набережные Челны, ТАССР). Опыт экстракорпоральной детоксикации у детей с токсикозами различной этиологии. 1, 61.

Потемкина А. М., Ситдыкова И. В., Клыкова Т. В. (Казань). Лечение анафилактического шока у двухмесячного ребенка. 3, 181.

Субханкулова А. Ф., Хакимова Р. Н. (Казань). О геморагической форме гемолитической болезни новорожденных. 5, 358.

Акушерство и гинекология

Атаманов А. Г., Новошинова Т. Н. (Чебоксары). Изменения функции нервной системы у женщин с субинициальными формами позднего гестоза беременных. 1, 69.

Бакулева Л. П., Гатина Г. А., Кузьмина Т. И. (Москва). Менструальная функция в отдаленные сроки после искусственного прерывания беременности в I триместре. 5, 359.

Волков Е. А. (Казань). Склерополикистоз яичников в сочетании с малой формой эндометриоза яичников. 5, 360.

Воронин К. В., Конопкина Л. И. (Ленинград). Патогенетические предпосылки к назначению антиоксидантов беременным с сахарным диабетом. 4, 285.

Гизязудинова З. Ш. (Казань). Тактика на-

блюдения за беременными и ведение родов у женщин при опухолях мозга. 1, 12.

Гимадиева С. Р. (Куйбышев). Результаты лечения заболеваний женских половых органов в бальнеофизиотерапевтическом объединении комплекса санаторий-профилакториев. 4, 312.

Драндов Г. Л., Амосова В. В. (Чебоксары). Особенности кесарева сечения с предварительной изолированной полости брюшины. 4, 288.

Еремкина В. И., Юсупова А. Н., Менкевич А. И. (Казань). Радиоизотопная оценка функции почек в раннем пуэрперии у женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных. 5, 347.

Капелюшник Н. Л., Володин С. К. (Казань). Циркуляторные изменения в экстраорганных сосудах яичников после удаления матки без придатков. 2, 109.

Капелюшник Н. Л., Кутышева Л. М., Зефинова Т. П., Мальцева Л. И. (Казань). Клиническое значение оценки микроциркуляции у женщин с угрозой прерывания беременности. 4, 283.

Ким И. А. (Казань). Применение лапароскопии для дифференциальной диагностики острых заболеваний гениталий неотложной хирургии. 6, 433.

Козлов Л. А., Еремкина В. И., Баджелидзе И. Г. (Казань). Нарушение нейроэндокринного статуса в связи со вступлением в брак. 4, 282.

Козлов Л. А., Юсупов К. Ф., Сумбаева Н. И., Филатов В. П. (Казань). Роль ультразвукового исследования в диагностике мнимой беременности. 6, 458.

Малков Я. Ю., Тумбаев В. А. (Пенза). Расширение возможностей ультразвукографии в гинекологии. 6, 431.

Миролюбова Л. Ю., Валеева А. З. (Казань). Случай брюшной беременности. 6, 461.

Мошарев В. А., Михайлова Л. Г., Озерец И. А. (Ленинград). Инфузионная терапия при гнойно-септических заболеваниях в акушерско-гинекологической практике. 3, 220.

Наговицина А. И., Корняева З. С., Серебряникова К. Г., Городовская Э. Г. (Ижевск). Осложнение при внутриматочной контрацепции. 3, 205.

Орлов В. М. (Ленинград). Диагностика и прогнозирование эффективности хирургической коррекции аномалий развития матки. 5, 351.

Пигалов А. П., Добронеецкий В. С. (Казань). Содержание иммуноглобулинов в крови беременных и плода, грудном молоке в процессе адаптации женщины к неблагоприятным факторам производственной среды. 2, 114.

Сабиров Ф. М., Шмелев А. А. (Казань). Динамика показателя биполярной реогистерографии после перевязки магистральных сосудов по поводу матки Кувелера. 6, 459.

Сабсай М. И. (Казань). Восстановительное лечение больных эндометриозом яичников. 5, 348.

Серов В. Н., Зазнова Г. А., Жаров Е. В., Мишаев И. В., Устенко О. В. (Москва). Влияние интраоперационной гемодилюции на дыхательную функцию легких и крови после абдоминального родоразрешения. 1, 52.

Фаттахов В. В., Шайхуллина Ф. Г. (Казань). Лечение гинекологических больных в хирургическом отделении. 6, 461.

Шинкарева Л. Ф., Тетелютина Ф. К., Пименова Л. И., Толстоуцкая Е. А. (Ижевск). Функциональное состояние системы гипофиз-яичники у больных с тяжелыми формами гнойно-септических заболеваний. 3, 200.

Неврология и психиатрия

Ашман А. А. (Куйбышев). Значение дополнительных методов исследования в диагностике инфаркта мозга с геморрагическим компонентом. 1, 14.

Богданов Э. И., Фасхутдинов Р. Р., Галямов Д. Л. (Казань). Электромиографический анализ состояния двигательных единиц у больных с постинсультным гемипарезом. 1, 24.

Вагин Н. А., Саркисов С. А., Чудин А. С., Грушин В. В. (Москва). Психопатологические особенности течения острой интоксикации ксеинобиотиками, обладающими центральным холинолитическим действием, у больных токсикоманией. 4, 290.

Гуревич Е. П., Хазина А. С. (Казань). Гиперинсулинемия при рассеянном склерозе. 4, 294.

Еникеев Д. Г., Зимакова И. Е., Семенихин Д. Г. (Казань). Новый транквилизатор синапом в комплексном лечении затяжных неврозов. 1, 20.

Есин Р. Г., Иваничев Г. А., Попелянский Я. Ю. (Казань). Ортостатический подвздошно-поясничный спазм при торсинной дистонии и паркинсонизме. 4, 295.

Затекина О. И., Морозова Е. А. (Казань). Клинико-рентгенологические особенности отдаленных последствий родовых повреждений позвоночника и спинного мозга у детей. 6, 442.

Иваничев Г. А. (Казань). Перспективы рефлексотерапии в диспансеризации больных неврологического профиля. 1, 7.

Исмагилов М. Ф. (Казань). Значение факторов риска развития вегетативной дисфункции в детском и подростковом возрасте для диспансеризации. 1, 4.

Марулина В. И. (Казань). Амплитуда поворотов головы у новорожденных в норме и при патологии. 1, 27.

Менделевич Д. М., Сахаров Е. А. (Казань). Пограничные нервно-психические расстройства при беременности. 2, 112.

Стогов М. Н. (Усолье-Сибирское, Иркутская обл.). О родовых повреждениях верхних шейных позвонков. 1, 62.

Чудин А. С., Епифанова Н. М. (Москва). Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении психических нарушений при ингаляционных токсикоманиях. 1, 21.

Яхин К. К., Менделевич Д. М. (Казань). Научно-организационные основы охраны психического здоровья в условиях производства. 1, 17.

Дерматовенерология

Суворов А. П. (Саратов). Использование Σ -аминокaproновой кислоты и магнезия в терапии псориаза. 5, 334.

Офтальмология

Зубаиров Д. М., Брикман И. В., Зинкевич О. Д., Литвинов Р. И., Ибадова С. И., Исаева Р. Т., Харрасов А. Ф., Сафина Н. А., Ермолин Г. А., Котлянский В. Э., Ефремов Е. Е., Арзамасцев Е. В. (Казань — Москва). Разработка лекарственного препарата фибронектина и обоснование его применения для стимуляции заживления роговицы. 1, 48.

Хасанова Н. Х., Белецкая Л. В. (Казань). Про-

блема глаукомы в исследованиях кафедры офтальмологии. 2, 120.

Оториноларингология

Алиметов Х. А., Джабаров Д. Д. (Казань). Множественные осложнения паратонзиллита с благоприятным исходом. 2, 137.

Бобров В. М. (Ижевск). Рак среднего уха, развившийся на фоне хронического гнойного среднего отита. 1, 63. Остеома наружного слухового прохода. 5, 361.

Сватко Л. Г. (Казань). Исследования кафедры оториноларингологии по проблеме тугоухости. 2, 125.

Сватко Л. Г., Петушков Е. В. (Казань). Принципы интенсивной терапии при риногенных орбитальных и внутричерепных осложнениях. 4, 298.

Ягудин К. Ф. (Ворошиловград). К лечению изолированных и сочетанных форм экссудативного фронтита. 5, 340.

Рентгенология и радиология

Галеев Р. Х., Зарипов Р. А., Нагорных Б. П., Казаков И. М., Малиновский М. Н. (Казань). Вазоренальная гипертензия. 4, 257.

Красильников Д. М., Карпукhin О. Ю. (Казань). Электроэнцефалография в оценке нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта у больных с острой кишечной непроходимостью. 6, 457.

Михайлов М. К., Миндубаева Ф. З. (Казань). Зависимость клинических проявлений нейроэндокринных синдромов и результатов лечения от выраженности эндокраниоза. 4, 277.

Стоматология

Горячев Н. А. (Казань). Парадонтальный очаг и последствия его устранения. 2, 137.

Некрасова С. П. (Казань). Уровень сыровороточных иммуноглобулинов при воспалительных заболеваниях пародонта. 3, 218.

Овруцкий Г. Д. (Казань). Противокариозное действие фтора и секреторный иммунитет. 2, 121.

Сафуллин Х. М. (Казань). Разработка путей патогенетической профилактики и лечения кариеса зубов у детей. 2, 123.

Сулейманов А. М., Шестаков Ю. Н., Козлов В. Н. (Уфа). Редкий случай остеогенной контрактуры нижней челюсти. 4, 311.

Эльдарушева З. А. (Казань). Заболеваемость кариесом зубов у детей в связи с различным содержанием фтора в питьевой воде. 5, 358.

Ямашев И. Г. (Казань). Ошибки в клинической диагностике доброкачественных новообразований языка. 5, 341.

Гигиена

Арсланов В. А., Ситдилов Ф. Г., Арсланова Л. М. (Казань). Осанка школьников младшего возраста и ее влияние на функциональное состояние некоторых систем организма. 1, 71.

Гимаев М. М. (Казань). К проблеме канцерогенности в нефтяной и нефтехимической промышленности. 2, 142.

Даутов Ф. Ф. (Казань). Изучение зависимости здоровья населения от загрязнений атмосферного воздуха. 4, 244.

Даутов Ф. Ф., Мухаметшина Р. И. (Казань). Гигиеническая характеристика загрязнений атмосферы

сферного воздуха и состояние здоровья детей, проживающих в сельских экспериментально-показательных поселках. 5, 362.

Кузнецова Т. И., Кузнецов И. В. (Казань). Оценка знаний приемов самообследования молочных желез женщинами. 5, 365.

Нуштаев И. А. (Саратов). Причины производственных травм в молочной промышленности. 4, 248.

Тазетдинова А. Б., Андреева Т. И., Гончаров А. Т. (Казань). Проблемы формирования здорового образа жизни. 2, 146.

Хамитова Р. Я., Титенок Л. Н., Шайсултанова Г. Н., Задорова Э. Г. (Казань). Влияние фторорганического соединения на организм работающих в производственных условиях. 4, 246.

Эпидемиология

Амфитеатрова Н. Ф., Киселев А. О. (Казань). Динамика противокклюшных антител в слюне детей, ревакцинированных АКДС-вакциной. 3, 225.

Кузнецов А. А. (Саратов). Посетители травматологических стационаров как возможный источник внутрибольничной инфекции. 4, 311.

Новые методы и рационализаторские предложения

Горчаков Ю. Л. (Саратов). Реакция пассивной геммагглютинации с дозированным эритроцитарным диагностикумом. 3, 229.

Пугачев М. Н. (Казань). Димексид-грязевые аппликации в комплексе курортной терапии шейного остеохондроза. 5, 391.

Рузаль Г. И., Абдраязкова С. Ю., Тарнопольская Ф. В., Шиман Т. И., Иртуганова А. А., Хабибуллина Н. Х. (Казань). Индикаторная бумага для определения редукции бактериями нитратов и нитритов. 3, 231.

Новые инструменты и аппараты

Измайлов Г. А., Гараев Р. Р., Садыкова Л. М. (Казань). Устройство для получения сетчатых кожных лоскутов. 6, 466.

Измайлов Г. А., Топорков П. Н., Ченборисов В. Ш., Габдрахманов Ф. Г., Измайлов С. Г., Гараев Р. Р. (Казань). Устройство для перфорации кожи и заготовки тонких дермальных полосок. 2, 149.

Неттов Г. Г. (Казань). Проводник для сухожилий. 2, 148.

Хасанов Т. А., Алемасов Р. Ю. (Ташкент). Функциональная шина для лечения переломов ключицы. 4, 314.

История медицины

Альбицкий В. Ю., Галлямов А. Б. (Казань). О деятельности немецких ученых-медиков в первой половине XIX века в Казанском университете. 5, 389.

Билич И. Л., Шигабутдинова Ф. Г. (Казань). Развитие клинической гастроэнтерологии в Казанском медицинском институте. 2, 153.

Валишин Э. С. (Казань). Петр Францевич Лесгафт. 2, 149.

Добрынин В. А. (Казань). 125 лет кафедре патологической анатомии Казанского медицинского института. 2, 152.

Халиков А. Х. (Казань). Средневековые врачи

у волжских булгар и их дунайско-болгарские параллели. 5, 388.

Хамитов Х. С., Галиуллин А. Н. (Казань). 175-летие Казанского медицинского института. 2, 81.

Библиография и рецензии

Бенедиктов И. И. (Свердловск). На кн.: Учебные пособия для оптимизации учебного процесса по перинатологии. 5, 393.

Богоявленский В. Ф. (Казань). На кн.: Л. А. Лещинский. «Деонтология в практике терапевта». 6, 467.

Дмитриев А. Е., Крюков Б. Н. (Москва). На кн.: А. В. Рудский, А. Н. Михайлов. Рентгенодиагностический атлас. 3, 232.

Клюшкин И. В. (Казань). Отражение в отечественной периодической литературе проблемы организации помощи и лечения больных с открытыми переломами конечностей в условиях сельскохозяйственного района. 5, 392.

Туревский И. И. (Рязань). На кн.: З. Ш. Гилязудинова. Беременность и роды при заболеваниях центральной и периферической нервной системы. 5, 392.

Фастыковская Е. Д. (Новокузнецк). На кн.: М. К. Михайлов, Г. И. Володина, Е. К. Ларюкова. Дифференциальная рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. 3, 233.

Съезды и конференции

Булатова Т. В., Зянгирева С. Т. (Казань). III Всесоюзный съезд эндокринологов. 5, 394.

Бурнашева Р. Х., Фассахов Р. С. (Казань). Ежегодное совещание международного общества «Интерастма». 6, 468.

Красильников Д. М. (Казань). Международный симпозиум по применению лазеров в хирургии и медицине. 2, 156.

Кузнецов В. А., Федоров И. В. (Казань). II Всесоюзная научная конференция хирургов «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки». 2, 156.

Латфуллин И. А. (Казань). Пленум Всесоюзного научного общества терапевтов. 6, 469.

Низамов И. Г. (Казань). Республиканская конференция «Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи». 1, 73.

Халиков А. Х. (Казань). Дунайский симпозиум по истории медицины. 5, 396.

Юбилейные даты

Ишимова Л. М. (Москва). Академик АМН СССР, профессор Андрей Дмитриевич Адо. 1, 74.

Доцент Иршат Закирович Мухутдинов. 1, 77.

Профессор Гияз Фазыловна Султанова. 1, 76.

Профессор Севеолд Васильевич Талантов. 4, 315.

УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ ЗА 1989 ГОД

Абдраязова С. Ю. 3, 231
Абдрахманов М. М. 3, 215
Абдуллин А. С. 6, 410
Абдуллина А. М. 6, 405
Абдюшев Ш. Я. 3, 199; 5, 381
Агеев А. Ф. 6, 412
Агишева К. Н. 2, 95
Аглуллина Э. И. 2, 90
Акбердина Д. Л. 6, 422
Акимов А. А. 6, 424
Акинфиев А. В. 2, 103
Александрова Л. А. 5, 366
Александрова Л. Я. 5, 323
Алемасов Р. Ю. 4, 314
Алиметов Х. А. 2, 137
Алтуниев В. Ф. 5, 357
Альбицкий В. Ю. 3, 223; 5, 389
Аминева Н. В. 1, 9
Амосова В. В. 4, 288
Амфитеатрова Н. Ф. 3, 225
Андреев А. В. 1, 61
Андреев В. М. 3, 219
Андреев П. С. 4, 310
Андреева Т. И. 2, 146
Антонов В. М. 6, 401
Арефьева Н. А. 5, 384
Аржанов Ю. В. 2, 105; 5, 361
Арзамасцев Е. В. 1, 48
Арсланов В. А. 1, 71
Арсланова Л. М. 1, 71
Архипова Е. Е. 1, 61
Атаманов А. Г. 1, 69
Ахмадеева Э. Н. 1, 35
Ахметзянов И. М. 2, 88
Ахметов З. Я. 6, 429
Ахметова Ф. М. 5, 331
Ахтямов И. Ф. 6, 426
Ашман А. А. 1, 14

Бабиченко О. Е. 2, 139
Баджелидзе И. Г. 4, 282
Бакулева Л. П. 5, 359
Бакшаева М. А. 3, 224
Барковская М. А. 2, 136
Баснашвили Т. Г. 2, 127
Батинов И. Н. 6, 445
Баширова Д. К. 1, 31; 3, 165
Бегичева Е. В. 2, 107; 3, 177
Бегишев О. Б. 6, 419
Белецкая Л. В. 2, 120
Белогорская Е. В. 2, 116; 5, 323
Белоухов В. М. 5, 325
Белоус М. В. 3, 207
Белых С. И. 5, 376
Беляев А. Р. 2, 107
Белязо О. Е. 4, 261
Бенедиктов И. И. 5, 393
Бикбаева А. И. 5, 384
Билалова А. Ш. 5, 383
Билич И. Л. 2, 153
Биряльцев В. Н. 3, 202
Бобров В. М. 1, 63; 5, 361
Богданов Э. И. 1, 24
Богоявленский В. Ф. 6, 467
Бойко А. В. 3, 170
Болдырева Л. И. 6, 414
Болотовский И. С. 6, 401
Большаков А. И. 2, 105; 5, 361
Брикман И. В. 1, 48
Бродская А. М. 4, 309
Буккин В. Н. 3, 215
Булатова Н. А. 3, 175
Булатова Т. В. 5, 394
Бурнашева Р. Х. 1, 64; 6, 468
Вагин Н. А. 4, 290
Вайнштейн С. Г. 1, 69
Валеев А. М. 5, 371

Валеев Р. А. 5, 332
Валеева А. З. 6, 461
Валимухаметова Д. А. 1, 65; 2, 88
Валишин Э. С. 2, 149
Ванесян А. С. 2, 136
Васильев Ю. В. 6, 414
Васюк С. П. 1, 37
Вахитов Ш. М. 5, 396
Вахитова С. Х. 1, 37
Великанова Л. И. 3, 190
Визель А. А. 3, 185; 4, 267
Визель А. О. 2, 118
Власова Л. М. 6, 419
Велиев Н. А. 6, 451
Винокурова М. А. 3, 199
Вогралик В. Г. 1, 9
Вогралик М. В. 1, 9
Войцехович Г. С. 1, 64
Волегова Г. М. 3, 215
Волков Е. А. 5, 360
Волкова Н. В. 2, 103
Володин С. К. 2, 109
Волкова Н. С. 4, 260
Воронин К. В. 4, 285
Габдрахманов Ф. Г. 2, 149
Габинский С. А. 4, 275
Габитов С. З. 4, 256
Габитова Р. М. 2, 136
Гагушин В. А. 6, 407
Галиев Р. Х. 4, 257
Галеева Р. К. 1, 31
Галиаскарова Э. Р. 1, 50
Галимуллин А. Н. 2, 81; 3, 199; 5, 381
Галлявич А. С. 4, 306; 5, 331
Гальямов Д. Л. 1, 24
Галлямов А. Б. 5, 389
Гамиров О. Ф. 5, 379

- Ганцев Ш. Х. 3, 213
 Гараев Р. Р. 2, 149; 6, 466
 Гарасв Р. С. 2, 118
 Гатина Г. А. 5, 359
 Гафаров Х. З. 6, 426
 Гаянова М. Н. 5, 325
 Гойербарг М. Я. 5, 357
 Гельфанд Л. Л. 3, 177
 Германов В. А. 5, 386
 Гехт И. А. 5, 377
 Гизатулин И. 61
 Гильмутдинова А. А. 2, 105; 5, 361
 Гилязутдинова З. Ш. 1, 12
 Зимадеев М. М. 2, 142
 Гимадиева С. Р. 4, 312
 Гиммельфарб А. Л. 6, 422
 Гончаров А. Т. 2, 146
 Горлов А. К. 5, 357
 Городовская Э. Г. 3, 205
 Горчаков Ю. Л. 3, 229
 Горячев Н. А. 2, 137
 Грачева Н. В. 4, 303
 Гребнев П. Н. 2, 103; 6, 416
 Гридман Ю. Я. 6, 445
 Гройсман В. А. 5, 376
 Грушин В. В. 4, 290
 Гузачев А. А. 3, 194
 Гумеров А. А. 6, 456
 Гуревич Е. П. 4, 294
 Данилов В. И. 5, 338
 Даутов Ф. Ф. 4, 244; 5, 362
 Денисов С. Н. 6, 440
 Джабаров Д. Д. 2, 137
 Дмитриев А. Е. 3, 232
 Добронеев В. С. 2, 114
 Добрынин В. А. 2, 152; 6, 453
 Дюбрачева О. В. 1, 50
 Драндров Г. Л. 4, 288
 Дранкин Д. И. 3, 227
 Дулеева Т. В. 2, 90
 Еляшевич Б. Л. 4, 309; 6, 412
 Еналеева Д. Ш. 3, 165
 Еникеев Д. Г. 1, 20; 6, 401
 Елифанова Н. М. 1, 21
 Еремеев А. М. 3, 196
 Еремкина В. И. 4, 282; 5, 347
 Ермолин Г. А. 1, 48
 Есин Р. Г. 4, 295
 Ефремов Е. Е. 1, 48
 Жаров Е. В. 1, 52
 Жигарева Т. М. 3, 170
 Жунгин П. Д. 3, 219
 Завражнова А. И. 4, 313
 Загайнова Е. Н. 4, 306
 Задорова Э. Г. 4, 246
 Заец Т. Л. 6, 447
 Зазнова Г. А. 1, 52
 Заиконникова И. В. 2, 118
 Зайнуллин Р. В. 4, 310
 Закирова Н. Г. 6, 405
 Закомырдин А. И. 2, 103
 Зарипов Р. А. 3, 177; 4, 257
 Затекина О. И. 6, 442
 Заяц Н. А. 3, 227
 Зефирова Т. П. 4, 283
 Зимакова И. Е. 1, 20
 Зинкевич О. Д. 1, 48
 Зиятдинов К. М. 2, 138
 Зубайров Д. М. 1, 48
 Зубков А. Ю. 1, 55; 2, 107; 6, 420
 Зулкарнеев Р. А. 6, 429
 Зянгирева С. Т. 5, 394
 Ибадова С. И. 1, 48
 Иваничев Г. А. 1, 7; 4, 295; 5, 383
 Иваничева Н. А. 5, 381
 Иванова Л. А. 3, 190
 Иванова С. В. 2, 90
 Иванова Т. И. 5, 323
 Измайлов Г. А. 2, 149; 6, 466
 Измайлов С. Г. 2, 149
 Изосимова Л. А. 2, 90
 Иртуганова А. А. 3, 231
 Исаева Р. Т. 1, 48
 Исмагилов М. Ф. 1, 4
 Ишимов Ш. С. 6, 456
 Ишимова Л. М. 1, 74
 Казаков И. М. 4, 257
 Камаев И. А. 3, 223
 Камаева А. А. 3, 224
 Кантюкова Г. А. 6, 456
 Капелюшник Н. Л. 2, 109; 4, 283
 Капланов В. Д. 6, 440
 Караев З. О. 3, 190
 Карпов А. В. 2, 105; 5, 361
 Карпунин О. Ю. 6, 405
 Кашия В. Г. 4, 312
 Кашин М. Б. 5, 357
 Ким Е. К. 3, 207
 Ким И. А. 6, 433
 Киселев А. О. 3, 225
 Классен И. А. 5, 373; 6, 401
 Климанов В. В. 5, 379
 Климова Н. А. 4, 309
 Ключихин О. З. 5, 343
 Клыкова Т. В. 3, 181
 Ключикин И. В. 5, 392
 Кнубовец С. Я. 6, 405
 Князева Т. М. 5, 373
 Кобринский Г. Д. 5, 329
 Ковалева Т. Н. 5, 329
 Козлов В. Н. 4, 311
 Козлов Л. А. 4, 282; 6, 458
 Коломенский С. Н. 2, 105; 5, 361
 Комиссаров В. А. 4, 251
 Конопкина Л. И. 4, 285
 Коньчев А. В. 6, 419
 Корепанов А. М. 3, 184
 Корняева З. С. 3, 205
 Коробков В. Н. 3, 202
 Коробов В. В. 1, 66
 Котелянский В. Э. 1, 48
 Коченов В. И. 6, 456
 Кочнев О. С. 3, 202
 Красильников Д. М. 2, 156; 6, 405, 457
 Красноперов Ф. Т. 3, 235
 Крылов Б. А. 3, 227
 Крылов В. Е. 4, 310
 Крюков Б. Н. 3, 232
 Крюков Н. Н. 1, 68; 4, 249
 Кузнецов А. А. 4, 311
 Кузнецов В. А. 2, 156; 6, 412
 Кузнецов И. В. 5, 365
 Кузнецова Л. А. 2, 116
 Кузнецова Т. И. 5, 365
 Кузьмина Т. И. 5, 359
 Куницина М. А. 6, 445
 Куралева В. В. 4, 261
 Куренева М. М. 1, 65
 Кутышева Л. М. 4, 283
 Лазарева Д. Н. 4, 301
 Латфуллин И. А. 2, 90; 2, 158; 5, 325; 6, 469
 Латыпов А. Л. 3, 196
 Лебедев А. В. 1, 28
 Лебедева Т. П. 6, 419
 Леонова В. Н. 1, 65
 Лепилин А. В. 4, 313
 Лернер П. И. 5, 357
 Лещинская Л. Б. 6, 440
 Лиснянский Е. З. 5, 384
 Литвинов Р. И. 1, 48
 Локотунина В. М. 5, 323
 Лобкарев О. А. 1, 57
 Лукина Е. Г. 1, 58
 Мавлютова М. Г. 5, 379
 Мазурец А. Ф. 4, 327
 Макарьчиков Н. С. 6, 401
 Малиновский М. Н. 4, 257
 Малков Я. Ю. 6, 431
 Мальцева Л. И. 4, 283
 Малышева Е. Б. 3, 168
 Мамлиев И. А. 6, 456
 Мамон А. П. 3, 215
 Мамон С. И. 3, 215
 Марулина В. И. 1, 27
 Мархасина И. П. 4, 254
 Марчук А. И. 6, 447
 Маянский А. Н. 2, 135
 Медведев В. Н. 5, 332
 Менделевич Д. М. 1, 17; 2, 112
 Менкевич А. И. 5, 347
 Меринова И. В. 1, 9
 Мизин В. Т. 1, 39
 Минаев И. В. 1, 52
 Миндубаева Ф. З. 4, 277
 Миннетдинов Р. Ш. 5, 325
 Миролубова Л. Ю. 6, 461
 Михайлов М. К. 4, 277
 Михайлова Л. Г. 3, 220
 Михеев С. А. 2, 103
 Молчанов Н. Н. 2, 103
 Мороз Б. В. 3, 179
 Морозова Е. А. 6, 442
 Моругова Т. В. 4, 301
 Моторин А. А. 6, 445
 Мошарев В. А. 3, 220
 Мустакова В. Л. 2, 136
 Мустафин А. М. 2, 157
 Мухаметшина Р. И. 5, 362
 Мухин Г. Б. 1, 66
 Мухутдинова Ф. И. 2, 130
 Наговицина А. И. 3, 205
 Нагорных Б. П. 4, 257
 Насыров Р. Ф. 1, 61
 Насырова Е. Г. 1, 58
 Некрасова С. П. 3, 218
 Немчук Ф. А. 1, 45
 Неттов Г. Г. 2, 148
 Нефедова А. И. 4, 306; 5, 331
 Низамов И. Г. 1, 73
 Низамутдинов С. И. 1, 58
 Никифоров В. Н. 3, 179
 Новиков Н. И. 1, 61
 Новожилова А. А. 5, 323
 Новошинова Т. Н. 1, 69
 Нуштаев И. А. 4, 248
 Овруцкий Г. Д. 2, 121
 Одишария М. С. 3, 175
 Озерец И. А. 3, 220
 Орлов В. А. 4, 273
 Орлов В. М. 5, 351
 Ослопов В. Н. 4, 306
 Панфилов Ю. А. 4, 249

- Пеннин С. В. 4, 279
 Петров В. В. 6, 458
 Петров В. И. 3, 219
 Петров С. Б. 3, 220; 5, 335; 5, 338
 Петушков Е. В. 4, 298
 Пигалов А. П. 2, 114
 Пименова Л. И. 3, 200
 Пинягина И. Н. 5, 383
 Пирожник Л. А. 4, 270
 Погорелова Н. П. 3, 170
 Поздеев О. К. 5, 353
 Покровский В. В. 3, 221
 Полякова А. Г. 4, 309
 Попелянский Я. Ю. 4, 295
 Попов А. Н. 2, 133
 Порываева В. Н. 2, 103; 6, 416
 Потемкина А. М. 3, 181
 Прокопьев Н. Я. 1, 62
 Пугачев М. Н. 5, 391
 Рабинович П. Д. 3, 194
 Райзман С. М. 1, 64
 Рахматуллин И. М. 5, 353
 Рахматуллина Н. М. 6, 438
 Резайкин В. И. 3, 223
 Резникова Ф. А. 1, 65
 Родионов А. В. 4, 273
 Родионов В. А. 3, 223
 Розенгартен М. Ю. 1, 1
 Рокицкий М. Р. 2, 103; 6, 416
 Романова О. В. 1, 42
 Рузаль Г. И. 3, 231
 Рунова А. А. 1, 9
 Рызванова М. А. 3, 217
 Саакян Э. С. 6, 424
 Сабиров Ф. М. 6, 459
 Сабирова З. Ф. 4, 306
 Сабсай М. И. 5, 348
 Сагирова Г. М. 3, 235
 Садекова Я. Х. 3, 165
 Садыкова Л. М. 6, 466
 Садыкова Р. А. 3, 199
 Сантова Р. А. 5, 331
 Сайфуллина Х. М. 2, 123
 Салихов И. А. 2, 105; 6, 405
 Салихов И. Г. 2, 95; 2, 135
 Салмин А. А. 5, 343
 Сальцева М. Т. 1, 9
 Сапрыкина А. Г. 5, 368
 Саркисов С. А. 4, 290
 Сафина Н. А. 1, 48
 Сафронова С. Н. 4, 310
 Сахаров Е. А. 2, 112
 Сватко Л. Г. 2, 125; 4, 298
 Светозарский Н. Л. 5, 343
 Свиридина Л. П. 2, 90
 Святский Б. А. 2, 136
 Серов В. Н. 1, 52
 Серова Т. А. 4, 313
 Сейфулла Р. Д. 3, 207
 Семенхин Д. Г. 1, 20
 Семенов В. С. 6, 458
 Семенова Л. Д. 1, 1
 Семенова Н. А. 5, 383
 Сергеева Т. М. 5, 386
 Серебrenникова К. Г. 3, 205
 Сеюков И. Н. 6, 462
 Сибгатуллин Ж. Ж. 5, 371
 Сигаев В. В. 6, 424
 Сигал М. З. 6, 410
 Сидмирова Г. М. 6, 464
 Сильницкий П. А. 3, 190
 Ситницына Г. М. 4, 270
 Ситдииков Ф. Г. 1, 71
 Ситдикова И. В. 3, 181
 Ситдыков Э. Н. 2, 127; 6, 420
 Ситдыкова М. Э. 1, 55; 2, 107; 6, 420
 Славнова Е. Н. 6, 445
 Слепова Р. И. 1, 50
 Слесаренко С. С. 4, 312
 Слободянюк А. Л. 4, 249
 Смирнов А. А. 5, 384
 Смирнова М. В. 1, 58
 Смольянинова И. В. 6, 436
 Солдатов В. Ю. 3, 193
 Соринсон С. Н. 3, 161
 Станкевич В. Е. 6, 447
 Старков Н. К. 2, 105
 Стаценко М. Е. 1, 45
 Стогов М. Н. 1, 62
 Страналко Е. Ф. 5, 366
 Стрелков Г. Н. 3, 184
 Студенцова И. А. 2, 118
 Субханкулова А. Ф. 5, 358
 Суворов А. П. 5, 334; 6, 440
 Сулейманов А. М. 4, 311
 Султанова Л. М. 3, 193
 Сумбаева Н. И. 6, 458
 Суровикина М. С. 4, 273
 Тагиров И. С. 4, 256
 Тазетдинова А. Б. 2, 146
 Талантов В. В. 2, 99; 3, 193
 Терентьева Н. А. 4, 279
 Тернопольская Ф. В. 3, 231
 Тестоедова Т. А. 4, 270
 Тетелютина Ф. К. 3, 200
 Тетев Ф. 5, 321
 Титаренко Л. Г. 5, 376
 Титенок Л. Н. 4, 246
 Тихонов В. П. 1, 45
 Толоконская Н. П. 3, 215
 Толстолуцкая Е. А. 3, 200
 Топорков П. Н. 2, 149
 Тригулова В. С. 4, 260; 4, 309
 Трофимова Р. И. 5, 345
 Трошин В. М. 1, 28
 Трусов В. В. 4, 265
 Трякина И. П. 3, 179
 Тулепкалиев С. Т. 5, 376
 Тумбаев В. А. 6, 431
 Туревский И. И. 5, 392
 Тухватуллина И. А. 4, 260
 Умурзаков Э. У. 1, 45
 Усманов И. В. 1, 33; 3, 188
 Устенко О. В. 1, 52
 Ушакова Е. А. 4, 261
 Ушакова И. А. 2, 136
 Фассахов Р. С. 1, 64; 6, 468
 Фастыковская Е. Д. 3, 233
 Фасхутдинов Р. Р. 1, 24
 Фаткуллов М. С. 3, 165
 Фаттахов В. В. 6, 461
 Фаттыхов Ю. И. 2, 103
 Федоров В. В. 6, 405
 Федоров И. В. 2, 156; 6, 412
 Филатов В. П. 6, 458
 Филимонов М. А. 4, 265
 Фомина Л. Л. 2, 135
 Фролов А. В. 3, 168
 Фролова С. М. 1, 28
 Хабибуллина Н. Х. 3, 231
 Хабибуллина Р. В. 2, 103; 6, 416
 Хаджиев М. А. 5, 366
 Хазиахметова В. С. 2, 140
 Хазина А. С. 4, 294
 Хакимов И. М. 2, 138
 Хакимова Р. Н. 5, 358
 Халетова С. С. 3, 224
 Халиков А. Х. 5, 388; 5, 396
 Халлялов Х. М. 3, 202
 Халфиев Н. Г. 5, 357
 Хамидуллин Р. И. 4, 309
 Хамидуллина Ф. М. 6, 456
 Хамитов Х. С. 2, 81
 Хамитова Р. Я. 4, 246; 6, 464
 Харитонов Г. И. 5, 332
 Харрасов А. Ф. 1, 48
 Харченко Г. А. 3, 172
 Хасанов З. Ш. 4, 306
 Хасанов Т. А. 4, 314
 Хасанова Н. Х. 2, 120
 Хезреткулов Х. З. 217
 Холмовская М. Б. 3, 235
 Храмов В. В. 1, 64
 Хунафина Д. Х. 3, 215
 Царегородцева Р. Г. 2, 136
 Цыбулькин А. П. 6, 438
 Цыглин А. А. 5, 384
 Цыплаков Д. Э. 6, 453
 Чаплик М. И. 6, 445
 Чеботарь И. В. 2, 135
 Ченборисов В. Ш. 2, 149
 Черникова Ю. Ю. 3, 170
 Чикин С. Я. 4, 241
 Чубаров Г. В. 6, 424
 Чудин А. С. 1, 21; 4, 290
 Чулкова О. В. 6, 436
 Шагеева Л. К. 5, 383
 Шагиахметова Д. С. 2, 103
 Шаймарданова Г. С. 6, 464
 Шайсултанова Г. И. 4, 246
 Шайхуллина Ф. Г. 6, 461
 Шайхутдинов И. И. 3, 196
 Шайхутдинов Ф. Г. 6, 464
 Шакуров Р. Ш. 5, 383
 Шамсуллин Р. В. 1, 61
 Шаповалов К. А. 5, 370; 6, 462
 Шахов Е. В. 5, 343
 Шашков П. Ф. 4, 313
 Шенкман Б. З. 4, 303
 Шигабутдинова Ф. Г. 2, 153
 Шигапова Г. М. 1, 31
 Шиман Т. И. 3, 231
 Шинкарева Л. Ф. 3, 200
 Ширапова М. С. 3, 216
 Ширшова Л. А. 6, 422
 Шитикова А. С. 4, 261
 Шмелев А. А. 6, 459
 Шмелева В. С. 3, 168
 Шульман Х. М. 5, 338
 Шутов А. В. 1, 61
 Щебланова Е. Е. 1, 61
 Эльдарушева З. А. 5, 358
 Юдин Я. Б. 4, 275
 Юнусов Р. В. 4, 256
 Юсупов А. С. 1, 37
 Юсупов К. Ф. 6, 458
 Юсупова А. Н. 5, 347
 Юсупова Г. З. 5, 323
 Ягудин К. Ф. 5, 340
 Якупова Р. Г. 5, 383
 Ямашев И. Г. 5, 341
 Яробкова Н. Д. 3, 190
 Яхин К. К. 1, 17

Еникеев Д. Г., Болотовский И. С., Макари-
чиков Н. С., Классен И. А., Антонов В. М.
О состоянии и перспективах развития пси-
хиатрической помощи в Татарской АССР.

401

Практическая и теоретическая медицина

Салихов И. А., Федоров В. В., Красиль-
ников Д. М., Кнубовец С. Я., Карпукхин О. Ю.,
Закирова Н. Г., Абдуллина А. М. Ультразву-
ковое исследование панкреатобилиарной си-
стемы

405

Гагушин В. А. Оперативное лечение псев-
докист поджелудочной железы
Сигал М. З., Абдуллин А. С. Желудочные
поля и их дифференциально-диагностическое
значение

407

Кузнецов В. А., Еляшев Б. Л., Аге-
ев А. Ф., Федоров И. В. Новые методические
подходы к хирургическому лечению гастро-
дуоденальных язв

410

Васильев Ю. В., Болдырев Л. И. Язвенная
болезнь двенадцатиперстной кишки и полипы
желудка

412

Рокицкий М. Р., Хабибуллина Р. В., По-
рываева В. Н., Гребнев П. Н. Врожденная
локализованная эмфизема легких у детей

414

Лебедева Т. П., Бегисhev О. Б., Кони-
чев А. В., Власова Л. М. Эндолимфатическая
антибиотикотерапия местного гнойного про-
цесса

416

Ситдыков Э. Н., Зубков А. Ю., Ситдыко-
ва М. Э. Чрескожное дренирование почек под
ультразвуковым контролем при обструктив-
ном пиелонефрите у больных раком мочевого
пузыря

419

Акбердина Д. Л., Гиммельфарб А. Л.,
Ширишова Л. А. Клинико-рентгенологические
операции образования надвертлужного «на-
веса» при диспластическом коксартрозе

420

Акимов А. А., Сигаев В. В., Саакян Э. С.,
Чубаров Г. В. Лечение функциональных на-
рушений верхней конечности после радикаль-
ной мастэктомии

422

Гафаров Х. З., Ахтямов И. Ф. Мышечная
пластика при оперативном лечении врожден-
ного вывиха бедра у детей

424

Зулкарнеев Р. А., Ахметов З. Я. Повреж-
дения ахиллова сухожилия и результаты опе-
ративного лечения

426

Малков Я. Ю., Тумбаев В. А. Расширение
возможностей ультразвукографии в гинеко-
логии

429

Ким И. А. Применение лапароскопии для
дифференциальной диагностики острых забо-
леваний гениталий в неотложной хирургии

431

Смольянинова И. В., Чулкова О. В. Лече-
ние синхронного рака тела матки и яични-
ков

433

Цыбульский А. П., Рахматуллина Н. М.
Лечение атопических форм бронхиальной ас-
тмы средними дозами теофиллина

436

Суворов А. П., Капланов В. Д., Дени-
сов С. Н., Лещинская Л. Б. Лечение хрони-
ческих негемококковых уретритов инстилля-
циями аутокрови

438

Затекина О. И., Морозова Е. А. Клинико-
рентгенологические особенности отдаленных
последствий родовых повреждений позвоноч-
ника и спинного мозга у детей

440

Грицман Ю. Я., Славнова Е. Н., Чап-
люк М. И., Батинов И. Н., Кунитина М. А.,
Моторин А. А. Матричный метод исследова-
ния в онкологии

442

Enikeev D. G., Bolotovskiy I. S., Makar-
chikov N. S., Klassen I. A., Antonov V. M.
On the state and perspectives of the psychiatric
aid development in the Tatar ASSR

Practical and Theoretical Medicine

Salikhov I. A., Fedorov V. V., Krasilni-
kov D. M., Knubovets S. Ja., Karpukhin O. Yu.,
Zakirova N. G., Abdullina A. M. Ultrasonic
examination of the pancreatobiliary system

Gagushin V. A. The operative treatment of
pancreatic pseudocysts
Seegul M. Z., Abdullin A. S. Areas gastri-
ca and their differential and diagnostic value

Kuznetsov V. A., Elyashevich B. L., Age-
ev A. F., Fedorov I. V. New methodical ap-
proaches to the surgical treatment of gastro-
duodenal ulcers

Vasiliev Yu. V., Boldyrev L. I. Ulcer disease
of the duodenum and polyps of the stomach

Rokitsky M. P., Khabibullina R. V., Pory-
vaeva V. N., Grebnev P. N. A congenital lo-
calized emphysema in children

Lebedeva T. P., Begishev O. B., Kony-
chev A. V., Vlasova L. M. Endolymphic antibi-
otic therapy of the local suppurative process

Sitdykov E. N., Zubkov A. Yu., Sitdyko-
va M. E. Kidney percutaneous drainage under
the ultrasonic control in obstructive pyelo-
nephritis in patients with cancer of the urinary
bladder

Akberdina D. L., Gimmelfarb A. L., Shir-
shova L. A. Clinical and roentgenologic opera-
tions for a supraacetabular «shed» formation
in dysplastic coxaarthrosis

Akimov A. A., Sigayev V. V., Saakyan E. S.,
Chubarov G. V. Treatment of the functional
disorders of the upper extremity following ra-
dical mastectomy

Gafarov Kh. Z., Akhtyamov I. F. Myoplasty
in the operative treatment of a congenital
thigh dislocation in children

Zulkarnееva R. A., Akhmetov Z. Ya. Achil-
les tendon traumas and the results of their
operative treatment

Malkov Ya. Yu., Tumbaev V. A. The grow-
ing chances of ultrasonography in gynecology

Kim I. A. Laparoscopy employment in the
differential diagnosis of acute genitalia disor-
ders in urgent surgery

Smolianinova I. V., Chulkova O. V. Treat-
ment of the synchronous cancer of the corpus
uteri and ovaries

Tsybulkin A. P., Rakhmatullina N. M. The-
rapy of the atopic forms of bronchial asthma
using mean doses of teofillin

Suvorov A. P., Kaplanov V. D., Deni-
sov S. N., Leshchinskaya L. B. Therapy of
chronic non-gonococcal urethritides by autoblood
installations

Zatekina O. I., Morozova E. A. Clinical and
roentgenologic characteristics of the remote
results of labor traumas in children's spine
and spinal cord

Gritsman Yu. Ya., Slavnova E. N., Chap-
lyuk M. I., Batinov I. N., Kunitsina M. A.,
Motorin A. A. The matrix method of investi-
gation in oncology

445

Обзоры

- Марчук А. И., Заец Т. Л., Станкевич В. Е. Экстракорпоральные методы детоксикации при ожоговой болезни 447
- Велиев Н. А. Лимфологические принципы лечения и профилактики перитонита 451
- Цыплаков Д. Э., Добрынин В. А. Динамика и прогностическое значение морфологических изменений регионарных лимфатических узлов 453

Краткие сообщения

- Коченов В. И. К методике рассечения тканей сфокусированным лазерным излучением 456
- Гумеров А. А., Кантюкова Г. А., Ишимов Ш. С., Мамлиев И. А., Хамидуллина Ф. М. Местное орошение язв через эндоскоп 456
- Красильников Д. М., Карпукhin О. Ю. Электроэнтерография в оценке нарушений моторной функции желудочно-кишечного тракта у больных с острой кишечной непроходимостью 457
- Семенов В. С., Петров В. В. Профилактика несостоятельности толстокишечных анастомозов 458
- Козлов Л. А., Юсупов К. Ф., Сумбаева Н. И., Филатов В. П. Роль ультразвукового исследования в диагностике мнимой беременности 458
- Сабиров Ф. М., Шмелев А. А. Динамика показателей биоплярной реоэнтерографии после перевязки магистральных сосудов по поводу матки Кувелера 459
- Фаттахов В. В., Шайхуллина Ф. Г. Лечение гинекологических больных в хирургическом отделении 461
- Миролюбова Л. Ю., Валева А. З. Случай брюшной беременности 461
- Сеюков И. Н. Консервативное лечение вывихов акромиального конца ключицы 462
- Шаповалов К. А. Характеристика травм с повреждением костного аппарата у плавсостава на водном транспорте 462

Гигиена

- Хамитова Р. Я., Шайхутдинов Ф. Г., Шаймарданова Г. С., Сидимирова Г. М. Состояние здоровья женщин, работающих в условиях опытного химического производства 464

Новые методы и рационализаторские предложения

- Измайлов Г. А., Гараев Р. Р., Садыкова Л. М. Устройство для получения сетчатых кожных лоскутов 466

Библиография и рецензии

- Богоявленский В. Ф. На кн.: Л. А. Лешинский. Деонтология в практике терапевта 467

- Съезды и конференции 468
- Рефераты статей, опубликованных в данном номере 470
- Указатель статей за 1989 г. 472
- Указатель авторов за 1989 г. 478

Surveys

- Marchuk A. I., Zaets T. L., Stankevich V. E. Extracorporal methods of detoxication in burn diseases
- Veliev N. A. Lymphologic principles of treatment and prevention of peritonitis
- Tsyplakov D. E., Dobrynin V. A. The dynamics and prognostic value of morphologic changes in the lymphatic nodes localized in the carcinoma region

Short Communications

- Kochenov V. I. On the method of tissue dissection using the focused laser radiation
- Gumerov A. A., Kantyukova G. A., Ishimov Sh. S., Mamliev I. A., Khamidullina F. M. Local ulcer irrigation through endoscope
- Krasilnikov D. M., Karpukhin O. Yu. Electroenterography in the assessment of motor function disturbances of the gastrointestinal tract in patients with acute intestinal obstruction
- Semenov V. S., Petrov V. V. Prevention of colic anastomoses incompetence
- Kozlov L. A., Yusupov K. F., Sumbayeva N. I., Filatov V. P. The role of ultrasonic examination in the diagnosis of pseudopregnancy
- Sabirov F. M., Shmelev A. A. The dynamics of bipolar rheohysterography indices after magistral vessels ligation in case of Kuveller's uterus
- Fattakhov V. V., Shaikhullina F. G. Treatment of gynecologic patients in the surgical department
- Mirolyubova L. Yu., Valeeva A. Z. A case of abdominal pregnancy
- Sheyukov I. N. The conservative treatment of acromial end dislocations of the clavicle
- Shapovalov K. A. Characteristics of traumas with the bone apparatus disturbances in persons of the water transport crew

Hygiene

- Khamitova R. Ya., Shaikhutdinov F. G., Shaimordanova G. S., Sidimirova G. M. The state of health in women working under experimental chemical industry conditions

New Methods and Rationalization Proposals

- Izmailov G. A., Garaev P. P., Sadykova L. M. A device to obtain the reticular skin grafts

Bibliography and Book reviews

- Bogoyavlensky V. F. To the book: L. A. Leshchinsky. «Deontology in the therapist's practice
- Congresses and Conferences
- Abstracts of the articles published in this issue
- Article index for 1989
- Authors' index for 1989