

5

С 23

Кр 514925

**СБОРНИК
ТРУДОВ ВРАЧЕЙ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

1964

6.12.05 - OK15

ВОЛОГОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОТДЕЛ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

СБОРНИК
ТРУДОВ ВРАЧЕЙ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
1964

Ответственный редактор В. П. Рубан

— — —

ПРЕДИСЛОВИЕ

Областная больница должна быть не только организационно-методической и педагогической, но и научно-исследовательской базой. Поэтому инициатива Вологодской областной больницы издать сборник научных работ практических врачей является полезным начинанием.

Настоящий сборник состоит из 19 статей по различным профилям медицины. Большинство статей представляет значительный интерес, содержание их актуально. Многие авторы делятся ценным личным опытом.

Автор работы «Некоторые данные по изучению токсоплазмоза в Вологодской области» Г. В. Богоявленский впервые в Вологодской области освещает результаты массового обследования жителей на токсоплазмоз. Тема актуальна, так как характер занятий населения Вологодской области заставляет предположить распространенность этого вида инфекции. Метод, избранный автором для своего исследования, находится на современном научном уровне. Результаты вполне достоверны, а выводы обоснованы.

Статья Б. А. Балыбердина и М. А. Козлова «Эндотрахеальный наркоз по наблюдениям Череповецкой межрайонной больницы» освещает опыт авторов по применению эндотрахеального наркоза у 950 больных, подвергшихся самым разнообразным оперативным вмешательствам. Авторы хорошо изучили преимущества избранного ими метода обезболивания перед другими видами анестезии и показали его достоинства как при проведении плановых операций, так и в неотложной хирургии. Последнее обстоятельство представляется весьма ценным. Положительным является и применение авторами общей анестезии с

искусственной вентиляцией легких при диагностических и лечебных бронхо- и эзофагоскопиях. Опыт авторов при наличии квалифицированных специалистов безусловно может быть распространен и на другие лечебные учреждения. Приведенные клинические примеры убедительно подтверждают данные авторов.

Статья С. И. Андрианова и Е. А. Кулле «Опыт работы по оздоровлению населения от аскаридоза в Устюженском районе» посвящена весьма важному практическому вопросу здравоохранения. Авторы четко и подробно излагают все этапы проведения массовой дегельминтизации населения (свыше 20 тыс. человек) при аскаридозе. Опыт авторов представляет несомненную ценность.

Работа Е. В. Александрович, О. М. Фишберг, Г. К. Дмитриевой, Э. Н. Иойлева, Е. И. Беловой, В. П. Трещалова «Наш опыт выявления глаукомы» актуальна и безусловно представляет интерес. Авторы делятся личным опытом. Высокий процент распространения глаукомы в Вологодской области должен привлечь к себе внимание органов здравоохранения и специалистов.

Интересна тема работы Г. К. Дмитриевой «Глазной травматизм у механизаторов сельского хозяйства». Автор тщательно анализирует причины травм глаз в каждой группе повреждений и отмечает, что для сельскохозяйственных глазных травм характерна их инфицированность, ведущая к быстрому развитию эндофтальмита. Обращает на себя внимание тот факт, что в подавляющем большинстве случаев сельскохозяйственные травмы глаз были проникающими ранениями с наличием инородного тела в глазу. Автор справедливо указывает на необходимость специальных мер для профилактики развития инфекций, он также приводит правила приема и допущения к работе механизаторов сельского хозяйства и отмечает необходимость применения средств защиты глаз и роль санитарно-просветительной работы.

В статье А. А. Мелодиева «О значении рентгенологических данных для дифференциальной диагностики форм и стадий облитерирующего эндартериита» рассматривается практически важный вопрос. Несмотря на то, что о рентгенологическом исследовании костно-

суставного аппарата при облитерирующем эндартериите имеется большая литература и рентгенологическая картина вторичных костных изменений при этом повреждении достаточно полно разработана, представленные автором данные не лишены интереса. Они не только подтверждают результаты, опубликованные другими исследователями, но и уточняют и детализируют их. Это касается в первую очередь особенностей рентгенологической картины при различных стадиях облитерирующего эндартериита. Возникающие в связи с этим возможности использования полученных данных для дифференциальной диагностики различных форм и стадий облитерирующего эндартериита имеют, без сомнения, важное практическое значение.

Работа М. В. Яровиковой «Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы» основана на большом числе наблюдений больных различными формами зоба (471), подвергшихся оперативным вмешательствам. Автор последовательно дает характеристику изучаемых больных, выявленных симптомов при различных формах зоба, описывает предоперационную подготовку и послеоперационный уход и лечение их.

Работа А. И. Семеновой «Эндокардиты ревматические и затяжные септические» посвящена довольно спорной проблеме о взаимоотношениях между ревматическим и затяжным септическим эндокардитом. Автор, сопоставляя между собой клинические, лабораторные и патолого-анатомические показатели, пришла к заключению, что симптоматология ревматического и затяжного септического эндокардита сходна между собой, что часто создает трудности в диагностике, кроме того, неоднородность поражения различных клапанов при затяжном септическом эндокардите, по мнению автора, может также свидетельствовать о единстве этих заболеваний. Автор весьма тщательно обследовал больных и проанализировал свой материал.

Е. В. Александрович в статье «Наша экономная повязка для послеоперационных глазных больных» делится 20-летним опытом применения такой повязки. Повязка очень напоминает предложенные А. И. Горбанем дырчатые очки из картона (Б. Л. Поляк, «Во-

енно-полевая офтальмология», 1957 г.). Статья Е. В. Александрович представляет собой рационализаторское предложение.

Тема работы Э. А. Лудянского «О связи артериальной гипертонии с нейроинфекциями и травмой головного мозга» актуальна. Автор использовал большое количество наблюдений. Спорным вопросом является причисление к нейроинфекциям эпилепсии и рассеянного склероза. Арахноидиты головного мозга в большинстве случаев протекают асептично.

Статья Г. И. Зверева «Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Вологодской области и пути ее снижения» носит характер статистического отчета с анализом приводимых данных и соображениями по поводу организации онкологической помощи в области.

Характер отчета носит статья Л. М. Кочнева «Опыт работы по выявлению гонорей в женских консультациях г. Вологды». В ней описывается положение с гонореей в г. Вологде и опыт работы областного диспансера по выявлению гонорей в женских консультациях, показывается активная работа диспансера и вовлечение в эту работу гинекологов. Подобная работа заслуживает одобрения и расширения.

Тема работы Е. В. Александрович и О. М. Фишберг «Из опыта использования целлулоидных скорлупок при проникающих ранениях глазного яблока» затрагивает вопрос с хирургической обработке проникающих ранений глаз. Хотя число наблюдений недостаточно, чтобы сделать определенные выводы, но вопрос является актуальным и статья представляет определенную ценность.

Несколько слабее другие статьи сборника. Однако, несмотря на некоторые недостатки, сборник в целом представляет определенную ценность.

Заведующий кафедрой организации здравоохранения Ленинградского Государственного ордена Ленина института усовершенствования врачей им. С. М. Кирова, заслуженный деятель науки доктор медицинских наук профессор Ю. А. ДОРОВОЛЬСКИЙ,

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ ОТ АСКАРИДОЗА В УСТЮЖЕНСКОМ РАЙОНЕ

С. И. АНДРИАНОВ, Е. А. КУЛЛЭ

В Устюженском районе было запланировано в IV квартале 1962 года провести: 1) паспортизацию санитарного состояния населенных пунктов района и кварталов города с заполнением схемы населенного пункта или квартала города; 2) опрос населения о явлениях клинического проявления аскаридоза (тошноты, рвоты, слюнотечения, боли в животе, расстройство деятельности кишечника, головокружение, головные боли, раздражительность и т. д.) и составить списки населения; 3) гельминтологическое обследование населения по составленному в разрезе населенных пунктов плану и 4) массовую дегельминтизацию населения пиперазином.

Предварительно в августе — сентябре было проведено следующее:

в местной типографии изготовлены бланки паспортов санитарного состояния очагов аскаридоза и листовка «Аскариды — паразиты человека»;

6 сентября в районной газете «Вперед» опубликована статья «Это вредно и опасно для жизни» (о вреде аскарид);

15 сентября по местному радиовещанию прочитана лекция о мерах борьбы с аскаридозом;

при горисполкоме организована комиссия для разработки оздоровительных мероприятий и обезвреживания содержимого выгребных ям, уборных;

в медицинские пункты разосланы подробные сведения об аскаридозе и мерах борьбы с ним;

в участковых больницах района проведены совещания с фельдшерами и медицинскими сестрами о методах обследования, а при повторных посещениях разрешались возникающие при обследовании и опросе населения вопросы;

на районном совещании директоров школ сделана информация о борьбе с аскаридозом.

19 октября, когда обследование очагов аскаридоза и опрос населения на черновиках были в основном закончены, задачи борьбы с аскаридозом были обсуждены на районной конференции медицинских работников. Одновременно были розданы паспорта для их заполнения.

В Устюженском районе имеется 295 населенных пунктов, в которых проживает 35,4 тыс. человек, из них 10 тыс. — в городе и поселке им. Желябова.

На 1 января 1963 года в санэпидотдел лечебного объединения были представлены паспорта на 277 населенных пунктов и на 94% кварталов города с приложенными к ним списками населения, в которых были заполнены графы о возрасте, о результатах опроса и лабораторного обследования и о результатах дегельминтизации. Списки эти являются копиями левых страниц «Журналов борьбы с аскаридозом», которые были заведены по нашим указаниям во всех медицинских пунктах: правые страницы журналов оставлены для дальнейших записей. В списках и журналах отметки «+» или «—» ставились только против фамилий лиц, охваченных данным мероприятием.

Итоги разработок этих материалов можно разделить на четыре момента:

- 1) результаты опроса населения;
- 2) учет санитарного состояния очагов аскаридоза;
- 3) результаты лабораторного обследования и
- 4) результаты дегельминтизации.

I. Результаты опроса населения на жалобы о явлениях аскаридоза

В паспортизированных населенных пунктах села учтено 21 409 жителей, а в городе и поселке им. Желябова — 10 000; из 31 000 человек опрошено о жалобах на явления клинического проявления аскаридоза

23 705, жалобы зарегистрированы у 5734, то есть у 24% опрошенных. Особенно много жалоб по отношению к опрошенным лицам зарегистрировано на Оснопольском (62%), Порословском (48%), Мережском (44%) и Островском (40%) медицинских участках. Однако по лабораторным данным разницы в пораженности аскаридами между этими неблагополучными участками и благополучными (Кормовесовский, Круглицкий, Понизовский и др.), где жалующиеся составляют около 10%, отметить нельзя. Нельзя также отметить соответствия жалоб с результатами лабораторного обследования и в очагах и в микроочагах аскаридоза. Жалобы на явления аскаридоза не могут быть показателем пораженности населения аскаридами.

II. Санитарное состояние очагов аскаридоза

Анализ материалов по санитарному состоянию очагов аскаридоза дает основание сделать следующий вывод: главной причиной неблагополучия Устюженского района в отношении аскаридоза в сельской местности является особенность устройства отхожих мест в значительном числе домовладений; человеческие фекалии смешиваются с навозом животных и идут на удобрения приусадебных участков. Что касается города Устюжны, то здесь удобрение огородов производится необезвреженным содержимым выгребных ям уборных. При обследовании в городе выявлено 20 домохозяйств, компостирующих фекалии в течение года, что улучшает качество этих удобрений и способствует ликвидации таких болезней растений, как фитофтора, парша и пр. Этот опыт следует распространить на все домовладения. Пригородный колхоз имени 13-й годовщины Октября проводит опыт организации торфо-фекальных компостов с использованием вывозимых из города фекалий и нечистот; этот опыт следует использовать в других населенных пунктах городского типа.

В данных, полученных по району, соответствия санитарного состояния очагов аскаридоза и пораженности населения аскаридами по лабораторным данным отметить нельзя. Это непонятное на первый

взгляд явление объясняет наша отечественная литература по аскаридозу.

Л. М. Исаев установил, что пораженность населения аскаридами определяют климат и почва. В местностях крайнего Севера, засушливых и с жарким климатом условий для развития яиц аскарид в почве нет и аскаридоз не распространяется. Значение почвы демонстрирует приведенное В. П. Волосюковым наблюдение пораженности аскаридами населения Украинской ССР. Наиболее неблагополучной является часть Украины, расположенная в середине ее территории полоса лесостепи, тогда как западная (лесистая) и восточная (степная) полосы имеют почвы, менее благоприятные для развития в них яиц человеческих аскарид.

К. П. Селиванов пишет, что в одной зоне решающее значение для формирования очагов аскаридоза имеют деятельность человека (например, завоз зараженных яйцами аскарид продуктов) и быт населения, что делает аскаридоз социальным явлением.

III. Результаты лабораторного обследования населения

Аскаридоз не дает специфической клинической картины заболевания и в большинстве случаев протекает бессимптомно. Поэтому выявление аскаридоносителей и учет результатов проведенной работы осуществляются путем гельминтологических обследований, которые в борьбе с аскаридозом являются самым важным, ведущим мероприятием.

Продолжительность жизни аскарид в организме человека (инвазия) не превышает года. Личиночное развитие в крови и рост до половозрелого состояния в кишечнике продолжаются около 2,5 месяца. Выделившиеся в содержимое кишечника яйца аскарид требуют «созревания» во внешней влажной среде при температуре 12—36°. Продолжительность инвазии и необходимые для созревания яиц условия создают сезонную периодичность аскаридоза.

З. Г. Василькова приводит для средней части РСФСР такие колебания численности выделяющихся яиц аскарид: максимум в январе и феврале, минимум

в августе и более короткий, немного не достигающий своей вершиной высоты главной волны подъем в мае.

Зимний максимум выделения яиц объясняется массовыми заражениями людей осенью (Е. С. Лейкина), а майский подъем следует объяснять достижением половозрелого состояния самками после инвазирования во время зимнего максимума.

Следовательно, во-первых, созревание яиц аскарид проходит не только в почве, где они могут сохраняться инвазивными до двух лет, но и в окружающих аскаридоносителей (в частности зимой) факторах передачи, и, во-вторых, лучшим временем для гельминтологических обследований на аскаридоз являются январь-февраль.

Медицинскими работниками Устюженского района, главным образом, в октябре и ноябре 1962 года при плановом обследовании населения района сделано 11 526 анализов на яйца глист и из них яйца аскарид обнаружены у 4794 человек, т. е. у 41% обследованных. При этом в сельских участках из 8766 анализов положительных было 3824. При разработке этих данных было выяснено, что для выявления всех микроочагов аскаридоза нужен охват 70—80% населения.

Возможность такого охвата доказал заведующий Залесской участковой больницей врач А. В. Параничев. Получив задание об обследовании, он провел с медицинскими сестрами своего участка курсы по исследованию кала на яйца глист. Научившись определять яйца аскарид, они провели в закрепленных деревнях исследования в течение месяца. Больничный участок был обследован с охватом 91% населения. Этот опыт при производстве контрольного обследования в первом квартале 1963 года мы распространили на все участковые больницы района.

По материалам санитарно-бактериологической лаборатории за три предыдущих года в Устюженском районе зимний максимум выделения яичек аскарид передвинут на ноябрь-декабрь-январь, а майский подъем -- на апрель. В октябре 1962 года пораженность аскаридами населения была более низкой по сравнению с предыдущими годами.

Дегельминтизация с данными лабораторного обследования дала возможность выявить все микрооча-

ги аскаридоза и сделать картину пораженности населения аскаридами более ясной, наглядной и дифференцированной.

IV. Результаты дегельментизации

Из 21 689 человек планово дегельминтизированных однократным приемом пиперизина, 6077 сообщили, что в течение недели у них выходили аскариды, иногда в больших количествах. На некоторых медучастках (Залесский, Венецкий и др.) это отмечали одним, двумя и тремя крестами. Результаты лабораторного обследования и дегельментизации синим и красным «+» или «—» были нанесены на схемы деревень.

Анализ полученных данных дает основание сделать следующие выводы: во-первых, пораженность аскаридами медицинских участков колеблется от 19,5 (Ростороповской) до 55% (Моденский); во-вторых, на всех медицинских участках имеется еще большее колебание пораженности отдельных деревень (от 11 до 69—80%), хотя в пределах одного медицинского участка санитарное состояние очагов аскаридоза колеблется незначительно.

Таким образом в одном медицинском участке при одинаковом санитарном состоянии населенных пунктов можно встретить очаги аскаридоза всех трех типов: интенсивные (пораженность больше 40%) средней интенсивности и неинтенсивные (пораженность меньше 10%). Большое разнообразие в пораженности отдельных домохозяйств имеется даже в мелких деревнях, с числом жителей в 20—30 человек.

Микроочаги аскаридоза делятся на «истинные», в которых осуществляется круговорот развития аскарид с участием почвы, и ложные, в которых аскаридоз имеется только заносный из других очагов (например, город с канализацией и водоснабжением, получающий корнеплоды и ягоды из истинных микроочагов аскаридоза пригорода). Обычно «истинные» микроочаги бывают поражены аскаридами интенсивно, т. е. в них аскаридоносителями становятся все или большинство членов семьи. Во всех без исключения очагах аскаридоза Устюженского района интенсивно (часто на 100%) пораженные дома чередуются со свободными от аскарид семьями.

Широкая санитарно-просветительная и воспитательная работа должна начинаться с противоаскаридных мероприятий и продолжаться до полной ликвидации аскаридоза. В Устюженском районе за четвертый квартал 1962 года медицинскими работниками прочитано 70 лекций и проведено более 300 бесед об аскаридозе.

Опыт работы по борьбе с аскаридозом в Устюженском районе показал также, что для успешности проведения борьбы с аскаридозом огромное значение имеет помощь медицинским работникам со стороны санитарного и прежде всего красно-крестного актива.

V. Контрольное лабораторное обследование

Для учета результатов проведенной работы в марте-апреле 1963 года в Устюженском районе было проведено контрольное обследование населения. Его начали с передового Залесского участка. При этом выяснилось, что население очень неохотно шло на вторичное в течение года обследование. Поэтому мы решили заменить предусмотренную методическими указаниями Министерства здравоохранения по оздоровлению населения от аскаридоза от 16/VIII-1961 г. вторую дегельминтизацию в мае-июне лечением выявленных при лабораторном обследовании аскаридоносителей пиперазином по схеме двухдневной дачи. Подвести итог оказалось возможным только по 63 очагам аскаридоза, в которых имеется 1996 жилых домов с 5738 жителями. В 1962 году в этих очагах было сделано 2836 анализов, из которых 1494 оказались положительными, то есть пораженность была 52%, а в марте-апреле 1963 года в этих же очагах и у тех же лиц сделано 2188 анализов, причем положительными оказались 559; таким образом пораженность снизилась до 25%.

Выводы

1. В борьбе с аскаридозом ведущими мероприятиями являются плановые гельминтологические обследования населения, которые нужно проводить ежегодно в первом квартале, так как в январе и феврале наблюдается максимальное выделение яиц аскаридов.

2. Лучшим временем для проведения массовых дегельминтизаций является четвертый квартал года, если применяемый препарат действует и на половозрелые, и на юные формы аскарид.

3. Широкая разъяснительная работа среди населения, воспитательная работа в школах и вовлечение в дело противоглистной работы санитарного актива и общественности должны проводиться с самого начала и до полной ликвидации аскаридоза.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТОКСОПЛАЗМОЗА В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Г. В. БОГОЯВЛЕНСКИЙ

Токсоплазмоз — природно-очаговое инфекционное заболевание, которое служит одной из причин мертворождения, детской смертности, рождения уродов и неполноценных детей, заболеваний нервной системы, поражений глаз и нарушений со стороны других органов.

Несмотря на то, что возбудитель заболевания открыт сравнительно давно (1908 г.), исследователей многих стран эта болезнь стала привлекать только начиная с 1939 года, после того, как американскими учеными Уолфом, Коуэном, Пейджем был выделен возбудитель из органов погибшего ребенка путем заражения лабораторных животных.

В последние годы проведены многочисленные исследования по вопросу распространения токсоплазмоза среди населения, которые показывают на повсеместную встречу с этим заболеванием в различных странах Америки, Африки, Азии и Европы. Степень инфицированности населения различных стран еще полностью не изучена. Так, Тальхамар говорит, что зараженность населения колеблется в пределах 25—45%, а Десмонтос — от 10—90%.

Такой сравнительно значительный процент инфицированности людей в какой-то мере объясняется существованием большого количества источников инфекций, как среди домашних (собаки, кошки, свиньи, крупный рогатый скот, лошади, овцы, куры, голуби), так и среди диких животных и птиц (лисицы, хорьки, ласки, еноты, зайцы, крысы, мыши, кроты, вороны,

глухари, тетерева и др.) и значительной восприимчивости населения к этой инфекции, а также наличием многообразных путей проникновения возбудителя в организм. В опытах Е. А. Шевкуновой на золотистых хомячках показано, что заражение может произойти через слизистые оболочки носа, конъюнктиву глаз, слизистые влагалища и уретры, через поврежденную кожу и рот.

Систематическое изучение токсоплазмоза в Советском Союзе организовано академиком Е. Н. Павловским (1955 г.). В последующие годы нашими учеными Д. П. Зосухиным, С. Г. Васиной, Е. А. Шевкуновой, Я. М. Фрадкиным, Л. И. Грачевой и др. проведена большая работа по изучению токсоплазмозной инфекции. Но, несмотря на многочисленные работы по токсоплазмозу, до сих пор многие медицинские работники еще недостаточно знакомы с клиникой, лечением и диагностикой этого опасного заболевания.

Исходя из всего сказанного, мы решили заняться вопросами выявления природных очагов токсоплазмоза в Вологодской области.

Свою работу мы начали с обследования людей на токсоплазмоз. Отбор их проводился специалистами областной глазной больницы и акушерско-гинекологическим отделением областной больницы. Это были приезжающие со всех районов области на консультацию в областные лечебные учреждения. Обследованию в первую очередь подвергались лица с отягощенным анамнезом, характерным для этого заболевания. Одновременно было организовано обследование работников Вологодского и Сокольского мясокомбинатов, занятых в убойных и колбасных цехах, т. е. там, где чаще встречается в процессе производства контакт с животными и животноводческими продуктами.

Учитывая трудоемкость серологических обследований, работа проводилась в основном в лаборатории отдела особо опасных инфекций областной санитарно-эпидемической станции под руководством бактериолога М. Н. Силиной.

Исследования проводились с помощью постановки реакции связывания комплемента и внутрикожной пробы с токсоплазмозным аллергеном (токсоплазмином). Специфичность этих реакций при токсоплазмоз-

ной инфицированности подтвердилась работами З. Козера (1954—1956 гг.), А. Арезина (1954 г.), Тальхамара (1952 г.), Вивела (1953 г.), Ировец и Ира Индржиха (1960 г.), Десмонтеза (1962 г.) и многими другими исследователями.

Для постановки реакции связывания комплемента нами был использован сухой токсоплазмозный антиген, а для внутрикожной пробы — токсоплазмин. Оба препарата изготовлены Институтом эпидемиологии и микробиологии им. Гамалея. Результат реакций связывания комплемента отсчитывали в соответствии с инструкцией, т. е. (++++) полная задержка гемолиза, жидкость не окрашена, все эритроциты в осадке, (+++) ясная задержка, жидкость розовая, эритроциты в осадке, (++) частичная задержка, жидкость окрашена интенсивно, осадок эритроцитов ясно виден. Реакцию считали положительной при задержке гемолиза не менее, чем на два креста. С помощью этой реакции всего нами обследовано, начиная с 1962 года, 131 человек. Результаты этих исследований приведены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты постановки реакции связывания комплемента

Количество обследованных людей	Количество с резко положительной реакцией ++++	Количество с положительной реакцией +++	Количество со слабо положительной реакцией ++	Результаты титрования			
				низкие титры 1:10	средние титры 1:40	высокие титры 1:80	очень высокие титры 1:160 и выше
131	7	1	3	2	6	—	—

Как видно из таблицы, у 10 человек реакция связывания комплемента была положительной, причем у шести шла в высоких титрах. Реакция связывания комплемента, как правило появляется у больных с конца третьей недели и держится от шести месяцев до двух лет. Некоторые авторы отмечают, что она может снова появляться во время обострения хронического процесса.

Так как с помощью этой реакции мы обследовали людей, из анамнеза которых можно заподозрить токсоплазмоз, мы предполагаем, что у положительно реагирующих было или сравнительно свежее инфицирование токсоплазмозом или же наблюдалось обострение хронического процесса.

Принимая во внимание, что реакция связывания комплемента у перенесших токсоплазмоз людей держится от шести месяцев до нескольких лет, а внутрикожная проба остается положительной на протяжении неопределенно длительного времени и даже сохраняется на всю жизнь, мы дополнительно всем лицам, положительно реагирующим по реакции связывания комплемента, ставили внутрикожную пробу с токсоплазмином, а также обследовали с помощью этой пробы всех контактных лиц по очагу и людей, которых по каким-либо причинам не было возможности обследовать с помощью реакции связывания комплемента. Исследование проводилось по общепринятой методике, т. е. обследуемому лицу вводили внутрикожно, на наружной стороне предплечья 0,1 мл токсоплазмозного аллергена и на расстоянии 7—8 сантиметров такое же количество контрольного физиологического раствора. Реакции учитывали через 24—48 часов по схеме, предложенной чехословацкими учеными О. Ировцем и Ира Индржихом (см. таблицу 2).

Всего этим методом обследовано 61 человек, из них у 24 человек реакция оказалась положительной.

Всего за прошедшее время нами обследовано 168 человек, у 27 из них (16,7%) реакции были положительными.

Все положительно реагирующие на токсоплазмоз люди распределялись по районам и городам области следующим образом: Белозерский район — 1 человек, Бологодский — 2, Грязовецкий — 2, бывш. Кадуйский — 6, Кичменгско-Городецкий — 2, бывш. Чебсарский — 1, г. Вологда — 7, г. Сокол — 7 человек.

Ни у одного из этих людей мы не смогли установить с помощью тщательного анамнеза какого-либо перенесенного заболевания в прошлом, клиническая картина которого была бы сходной с токсоплазмозом. Это говорит о том, что больные перенесли в основном латентную форму инфекции.

Таблица для чтения внутрикожных реакций по О. Ировец и Ира Индржиху

Кожные поражения, размеры в мм		Через 24 часа	Через 48 часов	Оценка
Эритема	размер интенсивность	20 — 40 × 15 — 20 ++++	10 — 80 × 30 — 60 ++++	сильно
Инфильтрат	размер интенсивность	15 — 25 × 10 — 20 +++	15 — 35 × 10 — 30 +++	положительная
Пузырек	размер	10 × 10	15 × 15	+ + + +
Эритема	размер интенсивность	15 — 20 × 10 — 15 +++	20 — 35 × 16 — 30 ++++	положительная
Инфильтрат	размер интенсивность	6 — 12 × 6 — 10 ++	10 — 15 × 8 — 15 +++	+ + +
Эритема	размер интенсивность	12 — 12 × 8 — 12 ++	17 — 12 × 8 — 10 ++	слабо положительная
Инфильтрат	размер интенсивность	8 — 10 × 6 — 8 ++	6 — 10 × 6 — 8 +	+ +
Эритема	размер интенсивность	4 — 8 × 3 — 6 +	2 — 4 × 2 — 3 +	отрицательная
Инфильтрат	размер интенсивность	3 — 6 × 2 — 4 +	0 0	+ — 0

Серологические же обследования указывают на сравнительно свежее инфицирование некоторых лиц токсоплазмами.

Необходимо отметить, что 10 обследованных работников убойного цеха Сокольского мясокомбината 5 положительно реагировали на внутрикожную пробу. Всего по обоим мясокомбинатам выделено 12 человек с положительными реакциями. Все эти люди постоянные жители городов, со стажем работы на данных предприятиях от 7 до 23 лет, домашних животных (за исключением кошек) не имеют. Единственным возможным источником заражения может быть пригоняемый на убойный пункт скот, который поступает на Сокольский мясокомбинат из Сокольского, Вожегодского, Харовского и Тарногского районов. На Вологодский мясокомбинат скот поступает со всех районов области.

Эти предварительные исследования указывают на существование природных очагов токсоплазмозной инфекции на территории большинства районов Вологодской области.

Эпидемиологическое обследование некоторых домашних очагов говорит о семейном поражении этой инфекционной болезнью. Примером может служить следующий случай.

Гражданка Г. поступила в гинекологическое отделение областной больницы по поводу прерывания беременности (срок беременности 24 недели). Причиной, побудившей прерывание беременности, была боязнь рождения неполноценного ребенка. Из анамнестических данных установлено: Г. — медицинский работник, возраст 33 года. Постоянное место жительства — бывш. Кадуйский район, где она проживает более 20 лет. Замужем с 1945 года. За время супружеской жизни имела 12 беременностей, четыре из которых закончились благополучными родами, было семь медицинских аборт. Первый ребенок родился в 1949 году с физическими недостатками — недоразвитием нижних и верхних конечностей, выраженной гидроцефалией. Беременность протекала нормально, роды в срок. До и во время беременности ничем не болела. Первый ребенок умер в возрасте 2 года 8 месяцев. Двое последующих родов были благополучными, ро-

дились две здоровые девочки, которые живы и до настоящего времени. От четвертой беременности в 1953 году родился мальчик с гидроцефалией, у которого в настоящее время отмечается психическое недоразвитие (идиот).

При эпидемиологическом обследовании очага выяснилось, что семья проживает в отдельной квартире, санитарное состояние в комнатах удовлетворительное. Членами семьи личная гигиена соблюдается. Питаются все дома. За все время из домашних животных были только кошка и куры. Внутрикожная проба с токсоплазмином у всех пяти членов семьи (муж, трое детей и бабушка) резко положительная, реакция связывания комплемента у мужа и бабушки отрицательная, у детей не проводилась. Источник заражения установить не удалось.

Имеется еще ряд аналогичных случаев, когда токсоплазмоз перенесли все или почти все члены семьи.

Выводы

1. Впервые было установлено наличие среди населения Вологодской области лиц, положительно реагирующих на токсоплазмоз.

2. По всей вероятности, природные очаги токсоплазмоза имеют повсеместное распространение на территории области, о чем свидетельствует наличие людей, инфицированных токсоплазмами в разных районах.

3. Необходимо во всех районных больницах наладить обследование беременных женщин (в первую половину беременности) на токсоплазмоз, с помощью легко доступной внутрикожной пробы.

ЭНДОКАРДИТЫ РЕВМАТИЧЕСКИЕ И ЗАТЯЖНЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ

(По материалам терапевтического отделения
Вологодской областной больницы)

А. И. СЕМЕНОВА,

*зав. терапевтическим отделением Вологодской
областной больницы*

До настоящего времени в литературе нет единого взгляда по вопросу о взаимоотношении между ревматическим и затяжным септическим эндокардитом. Не разрешен еще вопрос об их этиологической и патогенетической связи, хотя еще 30 лет назад на IX съезде терапевтов большинство корифеев русской терапевтической школы (Н. Д. Стражеско, Г. Ф. Ланг, С. С. Зимницкий и др.) и патологоанатом В. Г. Тала-лаев высказывались в пользу единства этих заболеваний. Эта точка зрения разделялась М. В. Черноруцким и в настоящее время поддерживается рядом ученых.

За период с 1958 по 1963 г. в терапевтическом отделении Вологодской областной больницы находилось 109 больных эндокардитами, из них 59 женщин, 50 мужчин.

На основании клинической симптоматиологии все больные эндокардитом разделены на две группы: первая — 91 больной, у которых клиническая картина заболевания соответствовала ревматическому эндокардиту, вторая — 18 больных, у которых клиническая картина заболевания соответствовала затяжному септическому эндокардиту.

В таблицах 1 и 2 показано, как больные распределяются по возрасту, полу и роду занятий.

Т а б л и ц а 1

Распределение больных по возрасту и полу

Характер эндокардита	Всего	По полу		По возрасту			
		муж.	жен.	до 20 лет	от 21 до 30	от 31 до 40	от 41 до 50
Ревматический	91	36	55	19	41	26	5
Затяжной септический	18	14	4	2	7	3	6
Всего:	109	50	59	21	48	29	11

Т а б л и ц а 2

Распределение больных по роду занятий

Всего больных	Рабочие	Колхоз- ники	Служа- щие	Уча- щиеся	Инвали- ды I и II гр.	Не работают
109	33	12	23	11	20	10

В первой группе из 91 больного 81 поступили в отделение с рецидивирующим эндокардитом, а 10 больных — с первой атакой ревматизма.

Во второй группе у 12 больных затяжной септический эндокардит возник на фоне измененных клапанов в результате ранее перенесенного ревматического эндокардита.

Изучая роль очаговой инфекции в развитии ревматизма и затяжного септического эндокардита, мы имеем следующие данные:

указания на частые ангины в анамнезе имелись у 50 больных с ревматическим и у 6 больных с затяжным септическим эндокардитом;

рецидив ревматизма наступил после ангины у 28 больных, после родов — у трех, после тонзиллоэктомии — у двух;

указания в анамнезе на ранее перенесенные суставные атаки имелись у 52 больных с ревматическим и у 10 — с затяжным септическим эндокардитом.

У 106 больных эндокардитами были диагностированы пороки сердца различной давности. (См. таблицу 3).

В группе больных с ревматическим эндокардитом преобладали больные с митральным пороком сердца

Т а б л и ц а 3

Распределение больных по профилю порока

Характер порока	Ревматический эндокардит	Затяжной септический эндокардит
Митральный	69	2
Аортальный	—	4
Митральный и аортальный	18	12
Митральный, аортальный и трикуспидальный	1	—
Всего больных	88	18

(69), из них с комбинированным митральным пороком 50, с недостаточностью митрального клапана — 19.

На втором месте — митрально-аортальные пороки (18 больных), из них у 11 имелось комбинированное поражение обоих клапанов (стеноз и недостаточность).

Митральный + аортальный + трикуспидальный порок был диагностирован у одного больного.

Четверо больных находились в отделении по поводу возвратного эндокардита и рецидивирующего стеноза левого венозного отверстия, возникшего в двух случаях через два года, в одном случае через три года, у одного больного через четыре года после комиссуротомии.

У всех больных с затяжным септическим эндокардитом был диагностирован порок сердца различной давности.

В этой группе преобладали больные с митрально-аортальными пороками (12 человек). У четырех больных имелась недостаточность аортального клапана. (См. таблицу 4).

Изучая клинические проявления ревматического и затяжного септического эндокардита у наблюдаемых нами больных, мы получили следующие данные:

Большинство больных поступили в отделение с нарастающими симптомами сердечной недостаточности.

Недостаточность кровообращения второй степени определялась у 32 больных с ревматическими и у 6 с затяжным септическим эндокардитом.

Т а б л и ц а 4
Клинические проявления эндокардита

Симптомы заболевания	Ревматический эндокардит	Затяжной септический эндокардит
Всего больных	91	18
Нарастающая сердечная недостаточность	54	17
Полиартрит	30	—
Субфебрильная температура	41	9
Высокая лихорадка с ознобами	12	7
Инфаркт легкого	2	4
Инфаркт миокарда	—	1
Эмболия периферических сосудов	—	2
Эмболия мозговых сосудов	3	—
Выраженная анемия	6	6
Очаговый нефрит	6	9
Диффузный нефрит	5	9
Пневмония	7	5
Геморрагические высыпания на коже	2	7
Увеличение селезенки	2	11
Пальцы формы барабанных палочек	4	9
Плеврит	15	3
Перикардит	3	—

Т а б л и ц а 5
Сравнительные данные изменений крови при эндокардите

	Ревматический эндокардит	Затяжной септический эндокардит
Всего больных	91	18
Гемоглобин:		
от 20 до 39%	3	5
от 40 до 49%	3	4
от 50 до 59%	17	5
от 60% и выше	68	4
Лейкоциты:		
от 3000 до 4000	1	2
от 4000 до 5000	8	5
от 6000 до 9000	37	5
от 9000 до 11000	33	3
от 11000 и выше	12	3
Сдвиг влево в формуле	65	9
РОЭ: ниже 5 мм в час	5	1
от 5 до 14 мм	19	1
от 15 до 24 мм	23	3
от 25 до 34 мм	19	3
от 35 до 44 мм	10	1
Свыше 45 мм в час	15	9
Положительная формоловая проба	13	9

18 больных с ревматическим и 10 с затяжным септическим эндокардитом поступили в отделение с недостаточностью кровообращения третьей степени.

Сопоставляя температурную реакцию у больных ревматическим и затяжным септическим эндокардитом, можно отметить более часто встречающуюся высокую лихорадку с ознобами при затяжном септическом эндокардите (у 7 из 18 больных). Однако более, чем у половины больных с затяжным септическим эндокардитом заболевание протекало с субфебрильной температурой, а у двух с нормальной.

Геморрагические высыпания на коже и слизистых были у семи больных с септическим эндокардитом и у двух с ревматическим. В большинстве случаев кожные геморрагии носили мелкоточечный характер; у одного больного с затяжным септическим эндокардитом были обширные кровоизлияния на коже и слизистых.

Пальцы формы барабанных палочек были у половины больных с септическим эндокардитом, у четырех с ревматическим.

Тромбоэмболические осложнения встречаются при обоих видах эндокардита; при затяжном септическом эндокардите они наблюдаются чаще. Так, по нашим данным, у больных с затяжным септическим эндокардитом инфаркт легких был диагностирован у четырех больных, инфаркт миокарда у одного, эмболия периферических сосудов в двух случаях.

В группе больных с ревмокардитом инфаркт легких был диагностирован у двух больных.

Диффузный гломерулонефрит был выявлен у половины больных с затяжным септическим эндокардитом и у пяти больных с ревмокардитом.

Очаговый нефрит был у девяти больных с септическим и у шести с ревматическим эндокардитом.

Следовательно, поражение почек имелось у всех больных с затяжным септическим эндокардитом и у 11% больных с ревматическим.

Увеличение селезенки было определено у 11 больных с септическим и у двух с ревматическим эндокардитом.

Пневмония была диагностирована у 11% больных с эндокардитами; у половины больных она возникла на фоне выраженных застойных явлений в легких.

Изменения в легких в основном носили очаговый характер и протекали лишь с небольшим повышением температуры и лейкоцитозом.

Плевриты были выявлены у 15 больных с ревматическим и у трех с затяжным септическим эндокардитом. Перикардит был диагностирован у трех больных.

Анемия наблюдалась при обоих видах эндокардита, но при затяжном септическом эндокардите она была чаще и более выражена (у половины больных гемоглобин был ниже 50%).

Лейкопения имела почти у половины больных с затяжным септическим эндокардитом.

У 6 больных с затяжным септическим эндокардитом был лейкоцитоз от 10 000—13 000, причем это не зависело от какого-либо осложнения основного заболевания.

У 50% больных с ревматическим эндокардитом лейкоцитоз был выше 9000, лейкопения отмечалась в 10% случаев. Таким образом, при ревматическом эндокардите чаще отмечается лейкоцитоз, при затяжном септическом эндокардите лейкопения, но может быть также и лейкоцитоз.

У большинства больных обоих видов эндокардита в лейкоцитарной формуле имелся сдвиг влево.

Реакция оседания эритроцитов ускорена у 16 из 18 больных затяжным септическим эндокардитом и у 67 из 91 больного с ревматическим эндокардитом.

У половины больных септическим эндокардитом реакция оседания эритроцитов была выше 45 мм в час.

У больных ревматическим эндокардитом в 60% случаев реакция оседания эритроцитов ускорена умеренно — 25—35 мм в час.

Формоловая проба положительная у 9 больных септическим и у 13 больных ревматическим эндокардитом.

С 1961 года в нашем отделении для диагностики эндокардитов производится определение С-реактивного белка в сыворотке крови, фибриногена, белковых фракций методом электрофореза.

Исследование на С-реактивный белок было проведено у 38 больных с ревматическим и у 5 больных

с затяжным септическим эндокардитом. Из 38 исследований С-реактивный белок обнаружен в 31 случае, т. е. у 80 процентов больных с ревмокардитом и у всех пяти больных с затяжным септическим эндокардитом. Белковые фракции крови методом электрофореза были исследованы у 38 больных эндокардитами.

Снижение относительного содержания альбуминов до 40—30% наблюдалось у 32 больных. Наибольшее снижение альбуминов отмечалось у больных септическим эндокардитом с диффузным поражением почек.

Среди глобулиновых фракций наибольшие изменения претерпевали альфа-2 и гамма-глобулины.

Из 38 исследований повышенное содержание альфа-2 глобулинов определено в 27 случаях, гамма-глобулинов в 32 случаях. При повторных исследованиях у большинства больных отмечалось нормальное содержание белковых фракций сыворотки крови. Нормализация белкового состава сыворотки крови у больных с эндокардитами отстает от клинического выздоровления.

Электрокардиограмма была снята у 92 больных с эндокардитом.

Неполная атрио-вентрикулярная блокада первой степени была зарегистрирована у 19 больных ревматическим и у двух с затяжным септическим эндокардитом. Мерцательная аритмия имелась у 13 больных с ревматическим и у двух с затяжным септическим эндокардитом.

Признаки коронарной недостаточности на электрокардиограмме имелись у 14 больных с ревматическим и у трех с затяжным септическим эндокардитом.

У всех больных на электрокардиограмме имелись признаки мышечных изменений; более чем у половины больных изменения были диффузного характера.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о том, что симптоматология ревматического и длительно септического эндокардита сходна между собой.

Ни один симптом, взятый изолированно, не является патогномичным для того или иного вида эндокардита. Дифференциальный диагноз может быть поставлен только по совокупности симптомов.

Трудность разграничения возникает особенно в тех случаях, когда ревмокардит склонен давать, особенно

у подростков, непрерывно рецидивирующее течение с анемизацией и малой эффективностью противоревматических средств.

Но все же имеется целый ряд признаков, которые в совокупности позволяют правильно диагностировать тот или иной вариант эндокардита.

В ряде случаев дифференциальный диагноз между ревматическим и затяжным септическим эндокардитом у наших больных представлял большие трудности.

Больной Ч., 48 лет, находился в терапевтическом отделении с 17/XII-1960 г. по 13/I-1961 года. Поступил в отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем движении, сжимающие боли в области сердца непостоянного характера. Больным себя считает с 1950 года, когда впервые стал отмечать одышку при ходьбе и физическом напряжении. В этом же году впервые был диагностирован порок сердца. До 1960 года не лечился. В сентябре 1960 года после переохлаждения была повышена температура до 38—37,5°, резко усилилась одышка, появились сжимающие боли в области сердца, отеки на нижних конечностях. Лечился в стационаре участковой больницы. Состояние не улучшалось. 17/XII-1960 года был переведен в областную больницу. Перенесенные ранее заболевания: грипп, желтуха, сыпной тиф, ампутация правого плеча по поводу ранения. Суставы никогда не болели.

При поступлении в отделение общее состояние было тяжелое, вынужденное сидячее положение из-за одышки, бледность кожи, цианоз губ, ногти формы часовых стекол, отеки на нижних конечностях.

Пульс скорый и высокий — 90 в 1 минуту. Границы сердца расширены вправо, вверх и влево. Первый тон усилен на верхушке, систологический и диастолический шум. Грубый диастолический шум и резкое ослабление второго тона на аорте. Артериальное давление — 100/10 мм ртутного столба.

В легких застойные явления. Печень увеличена почти до пупка, болезненна. Селезенку не удалось пропальпировать. Имелся асцит.

Температура за время пребывания в больнице 38—36,8°. Колебания температуры в течение суток 1,5—0,6°. Ознобы не отмечались.

Анализ крови: гемоглобин 70%, эритроцитов 4 400 000, лейкоцитов 10 000, эозинофилы 1%, пал. ядер. 4%, сегменты 65%, лимфоциты 28%, моноциты 2%, РОЭ 4 мм за час.

В моче при поступлении белок — 0,33%, последние анализы без отклонений от нормы.

Остаточный азот крови — 25,2 мг %, билирубин — 1,8 мг %. Формоловая проба отрицательная.

На ЭКГ — гипертрофия обоих желудочков, желудочковая экстрасистолия типа бигеминии, выраженные изменения миокарда.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного ухудшалось, нарастали явления сердечной недостаточности, 13 января 1961 года он умер.

Клинический диагноз: Ревматизм. Рецидивирующий ревмокардит. Комбинированный митральный порок. Недостаточность аортального клапана. Хронический бронхит. Эмфизема легких. Недостаточность кровообращения III степени.

Патологоанатомический диагноз: Возвратный бородавчатый ревматический эндокардит митрального клапана. Возвратный язвенный эндокардит аортальных клапанов. Интерстициальный миокардит. Комбинированный митральный порок с преобладанием недостаточности. Недостаточность аортальных клапанов. Эксцентрическая гипертрофия сердца. Мускатная печень. Венозное полнокровие внутренних органов, слизистых оболочек. Отек легких. Отек мозга. Водянка полостей, тканей. Хронический бронхит. Эмфизема

Т а б л и ц а 6
Результаты лечения

	Всего боль- ных	Выписано			
		с улуч- шением	без пере- мены со- стояния	с ухуд- шением	смерть
Ревматический эндокардит	91	75	6	—	10
Затяжной септический эндокардит	18	9	1	1	4
Всего:	109	84	10	1	14

легких. Фиброзные сращения в плевральных полостях с полной облитерацией плевры справа.

У данного больного имелось сочетание возвратного бородавчатого ревматического эндокардита митрального клапана с возвратным язвенным эндокардитом аортального клапана.

В клинической картине заболевания отсутствовали такие важные симптомы септического эндокардита, как ознобы, анемия, увеличение селезенки.

Приведенная история болезни иллюстрирует сходство симптоматиологии ревматического и затяжного септического эндокардита.

Лечение больных с эндокардитами проводилось комплексное: диета, режим, лекарственная терапия, лечебная гимнастика.

Всем больным была назначена противоревматическая терапия салицилатами (салициловый натрий, аспирин, пирамидон); в некоторых случаях назначались бутадиион, реопирин. Суточная доза салицилатов назначалась индивидуально, в зависимости от стадии ревматического процесса и состояния реактивности организма. 32-м больным ревматическим эндокардитом терапия салицилатами проводилась в комбинации с гормональными препаратами (преднизолон, АКТГ, кортизон). Гормоны назначались преимущественно больным с I, I—II-а и редко с II-б степени недостаточности кровообращения.

Учитывая возможности обострения латентных очагов инфекции, гормональная терапия проводилась в сочетании с пенициллином. У 30 больных, леченных гормонами, наступило улучшение состояния; в двух случаях наступила смерть.

При наличии недостаточности кровообращения антиревматическая терапия проводилась на фоне кардиальной терапии и мочегонных препаратов дробными дозами (новурит, меркузал, по 0,25—0,2 мл 3—4 дня подряд). Лечение ртутными мочегонными проводилось в сочетании с солевыми растворами (хлористый аммоний, хлористый кальций, хлористый калий).

Все больные с эндокардитами обследовались на наличие очаговой инфекции. При выявлении проводилась санация очагов инфекции (лечение кариозных зубов, воспалительного процесса со стороны органов

малого таза, тонзиллоэктомия в период стихания ревматического процесса).

Таблица 7

Сопоставление клинических и патолого-анатомических данных по группам

Клиническая характеристика	Количество больных	Патолого-анатомическая характеристика		
		возвратный эндокардит		язвенный
		бородавчатый	бородавчато-язвенный	
Ревматический эндокардит	10	10	—	—
Затяжной септический эндокардит	4	—	3	1
Всего:	14	10	3	1

При бородавчатом эндокардите чаще поражается митральный клапан (у 6 больных из 10). У трех больных имелось одновременное поражение митрального и аортального клапанов, у одного — митрального, аортального и трикуспидального.

При бородавчато-язвенном и язвенном эндокардите в двух случаях имелось поражение только аортального клапана, в двух случаях — аортального и митрального, причем у этих больных имелся возвратный бородавчатый ревматический эндокардит митрального клапана и возвратный язвенный эндокардит аортального клапана.

Неоднородность поражения клапанов при затяжном септическом эндокардите (сочетание возвратного бородавчато-язвенного поражения одних клапанов с возвратным бородавчатым других) говорит в пользу единства этих заболеваний.

ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ ПО НАБЛЮДЕНИЯМ ЧЕРЕПОВЕЦКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

А. А. БАЛЫБЕРДИН, М. А. КОЗЛОВ

(Из Череповецкой городской больницы,
главный врач Н. А. Беляева)

Достижения современной хирургии неотделимы от быстро совершенствующихся методов обезболивания, которые теперь объединяются в самостоятельную дисциплину — анестезиологию.

Публикуемые в последние годы многочисленные работы по анестезиологии все большее предпочтение отдают эндотрахеальному наркозу. Этот вид обезболивания теперь уже не является достоянием отдельных столичных хирургических учреждений. Он прочно входит в жизнь также и периферийных больниц.

В Череповецкой городской больнице за пять лет, начиная с 1958 года, было выполнено под эндотрахеальным наркозом 950 операций, что составляет 8,5% по отношению к другим видам обезболивания.

Оперированные больные имели возраст от 5 до 80 лет. По нашим наблюдениям, нет основания ограничивать этот вид обезболивания возрастными рамками. Оперированные больные переносили эндотрахеальный наркоз вполне удовлетворительно.

Нами использовалась отечественная наркозная аппаратура, которая работала безотказно.

Методика проведения эндотрахеального наркоза была обычной. При интубации применялась прямая ларингоскопия. Проводился вводный тиопентал-натриевый наркоз, релаксация мышц осуществлялась ре-

лаксантами деполаризующего действия (дитилин, листенон, миорелаксин).

Мы убедились в целесообразности зондирования желудка перед началом наркоза. Оно дает следующие преимущества: исключается возможность регургитации желудочного содержимого, желудок не раздувается при насыщении больного кислородом во время применения маски, когда осуществляется вводный наркоз; через зонд удаляется желудочное содержимое и в процессе всей операции желудок остается пустым; отпадает необходимость пользоваться электроотсосом при вскрытии просвета желудка, что делает операцию более асептической и сокращает время ее проведения.

При операциях на желудочно-кишечном тракте тонкий зонд в желудке оставляется на одни-две суток. Большинство наших больных пробуждались в ближайшие минуты после окончания операции. Интубационная трубка, как правило, удалялась на операционном столе.

На 65 наблюдениях мы убедились в преимуществах выполнения тотальных гастроэктомий по А. Г. Савиных под эндотрахеальным наркозом. Наиболее трудный этап этой операции — наложение анастомоза — при хорошей миорелаксации становится общедоступным.

72 операции под эндотрахеальным наркозом нами выполнены на желчном пузыре и желчевыводящих протоках. По данным Б. М. Хромова, проанализировавшего почти 1000 операций на желчном пузыре, произведенных в больницах Ленинграда, летальность оперированных под местной анестезией значительно выше (15%), чем у оперированных под эндотрахеальным наркозом (9,5%).

По нашим наблюдениям, опасения применения эфира при операциях на желчных путях преувеличены. Опирируя таких больных, мы ведем поверхностный наркоз с применением релаксантов. Большое значение придаем полноценной оксигенации и поддержанию артериального давления в пределах исходных величин. Мы ни разу не наблюдали печеночной недостаточности после этих операций.

В настоящее время появляется все больше сторонников применения эндотрахеального наркоза в эк-

стренной хирургии. Накапливается опыт ведения такого наркоза, преимущества которого становятся бесспорными. Это обезболивание создает условия для полноценной ревизии органов брюшной и грудной полостей, дает возможность осуществлять полноценные репозиции, вследствие чего операции становятся менее травматичными и более короткими. Хорошо подготовленный анестезиолог успешно предотвращает нарушение функций организма оперируемого.

Мы с успехом применяли эндотрахеальный наркоз при 134 экстренных операциях (см. таблицу). Даже при профузных желудочных кровотечениях и в состояниях, близких к терминальным при тяжелых травмах, мы считаем возможным применять этот наркоз, руководствуясь тем, что гипоксию, вызванную анемией, в значительной мере можно ликвидировать управляемым дыханием.

Мы пользовались при этих операциях поверхностным эфирно-кислородным эндотрахеальным наркозом с релаксантами:

Наименование операций	Число операций
Прободная язва желудка и 12-перстной кишки	16
Холециститы, желчные перитониты	72
Кишечная непроходимость	9
Кровотечения из язвы желудка и 12-перстной кишки	11
Острый аппендицит, перитонит	8
Комбинированные ранения грудной и брюшной полостей	3
Ранение живота с повреждением внутренних органов	7
Ранение органов грудной полости	2
Травмы, переломы костей таза позвоночника	6
Всего:	134

Иллюстрируем высказанное нашими наблюдениями.

Больной Г., 26 лет, поступил в отделение 11 января 1962 года, с диагнозом повторного профузного желудочного кровотечения, с резко выраженной постгеморрагической анемией (при поступлении гемоглобин 30 единиц). Срочно оперирован. Под эндотрахеальным поверхностным эфирно-кислородным наркозом

с применением релаксантов, под непрерывным внутривенным переливанием крови, по поводу кровоточащей раковой язвы кардиального отдела желудка произведена тотальная гастрэктомия по А. Г. Савиных с удалением селезенки и резекцией селезеночного угла поперечно-ободочной кишки. Операцию больной перенес хорошо. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. В удовлетворительном состоянии 18 февраля 1962 года больной выписан под наблюдение поликлиники.

По витальным показаниям мы оперировали больных при тяжелых травмах, находящихся в терминальных состояниях или близких к ним.

Больной П., 25 лет, поступил в отделение 12 февраля 1962 года в крайне тяжелом состоянии с диагнозом ножевого ранения сердца. Больной бледен, на вопросы не отвечает. Пульс на лучевых артериях не прощупывается. Артериальное давление 50/40 мм ртутного столба. Дыхание поверхностное, при выслушивании резко ослабленное. Тоны сердца очень глухие. Больной был срочно взят на операционный стол. Начата местная анестезия с одновременным массивным внутривенным переливанием крови. Параллельно начат поверхностный эндотрахеальный наркоз с релаксантами. Уже к моменту вскрытия перикарда артериальное давление было 100/70 мм ртутного столба, появился устойчивый пульс на лучевых артериях. Произведено ушивание раны левого желудочка сердца. Повторного падения артериального давления не наблюдалось. Больной вышел из состояния наркоза тотчас же после окончания операции. Весь последующий послеоперационный период протекал без осложнений. 19 мая 1962 года, в удовлетворительном состоянии больной выписан.

Больной С., 34 лет, поступил в отделение 14 января 1961 года в тяжелом состоянии с обширной рвано-ушибленной раной правой половины живота и поясничной области, с отслойкой кожи на спине до уровня лопаток, с разможением мышц поясничной области, эвентрацией кишечника, в состоянии шока с кровопотерей. Больной бледен. Выражен акроцианоз. На вопросы отвечает вяло. Пульс 190 ударов в одну минуту, среднего наполнения. Артериальное давление

100/70. Дыхание поверхностное. Больной срочно взят на операционный стол. При непрерывном капельном переливании крови в вену начата операция под местной анестезией. Несмотря на массивную инфильтрацию поврежденных тканей новокаином, при начале операции на тонком кишечнике, у больного резко упало кровяное давление, исчез пульс на лучевых артериях, появилось выраженное двигательное беспокойство.

Срочно начато внутриартериальное переливание крови, начат и вводный тиопентал-натриевый наркоз, после чего больной был интубирован.

В дальнейшем проводился эндотрахеальный наркоз с применением релаксантов. Артериальное давление быстро поднялось до 100/70 мм ртутного столба. Появился ровный, удовлетворительного наполнения пульс на лучевых артериях. Операция протекала без осложнений. В ближайшие часы после операции наблюдались повторные падения артериального давления, которые, однако, были быстро купированы внутриартериальным нагнетением крови. Больной лечился в отделении 68 дней и выписан в удовлетворительном состоянии.

На наш взгляд, это наблюдение наглядно иллюстрирует преимущества эндотрахеального наркоза перед местной анестезией в экстренной хирургии. Несомненно, в данном случае, местная анестезия сыграла свою дополнительную роль в блокировании отдельных болевых зон. Мы думаем, что это сочетание двух видов обезболивания весьма благоприятно.

В настоящее время многие хирурги в нашей стране начали оперировать под эндотрахеальным наркозом и больных острой кишечной непроходимостью. Мы тоже начали очень осторожно оперировать этих больных под эндотрахеальным наркозом. Нами оперировано 9 таких больных. Каких-либо осложнений непосредственно на операционном столе при всех девяти операциях мы не наблюдали, однако двое больных умерли на вторые сутки после операции при явлениях острой сердечной недостаточности. Это были ослабленные раковые больные, у которых развивалась острая кишечная непроходимость на фоне общей раковой интоксикации.

С 1962 года мы начали применять эндотрахеальный наркоз при эндоскопиях. Произведено 25 бронхо- и эзофагоскопий с лечебной и диагностической целями. При этом мы пользовались бронхо-эзофагоскопом Брюнигса, который приспособили для вентиляции легких. С этой целью на верхнем конце бронхоскопической трубки, сделали отверстие, через которое подвели кислород наркозного аппарата. Это позволило постоянно насыщать больного кислородом во время бронхоскопий и при необходимости свободно осуществлять управляемое дыхание.

В практике мы имели больных, которым безрезультатно пытались удалить инородные тела из дыхательных путей под местной анестезией. Мы же сравнительно легко удаляли их под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов.

Бронхоскопии под эндотрахеальным наркозом с применением релаксантов позволяют осмотреть устье верхнедолевых бронхов, что иной раз не представляется возможным под местной анестезией. Больные же во всех наших наблюдениях не испытывали ни во время процедур, ни после них тех неприятных ощущений, которые присущи этим манипуляциям под местной анестезией и охотно соглашались на повторные аналогичные процедуры.

При проведении 950 операций под интубационным наркозом непосредственно от наркоза случаев летального исхода не было; были лишь два случая длительного апноэ.

Чаще всего мы встречались с таким осложнением, как фарингит (у 5% наших больных). Фарингиты, вероятно, были следствием применения сухой марли и, возможно, неосторожной тампонады. После того, как стали пользоваться трубками с надувными манжетками, количество этих осложнений сократилось.

Нами наблюдались два случая асфиксии, вследствие ошибочного введения интубационной трубки в пищевод. Оба случая окончились благополучно.

У 10% наших больных наблюдались пневмонии, бронхиты, ларингиты. Лишь в трех случаях мы наблюдали тяжелый послеоперационный шок, из которого больные были благополучно выведены обычными мероприятиями.

Выводы

1. Эндотрахеальный наркоз с применением релаксантов может и должен найти широкое применение в плановой и неотложной хирургии периферийных хирургических учреждений нашей области.
2. Бронхо- и эзофагоскопия, проводимая под общим обезболиванием, имеет все преимущества перед выполнением этих процедур под местной анестезией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(По материалам Вологодской областной больницы)

М. В. ЯРОВИКОВА,
главный хирург Вологодского облздравотдела

(Из Вологодской областной больницы,
главный врач В. П. Рубан,
заведующий хирургическим отделением И. Н. Саламатов)

За последние десять лет (1953—1962 гг.) в хирургическом отделении областной больницы получили лечение заболеваний щитовидной железы путем операции 471 больной. Среди этого числа заболевших наблюдались различные формы зоба, что видно из таблицы 1.

Таблица 1

	Формы зоба				Всего	
	узловатая	диффузная	кистозная	смешанная	абсолютн. число (человек)	в % к общему числу больных
Простые зобы	130	36	45	29	240	51,0
Тиреотоксические зобы	50	70	7	8	135	28,6
Аденома щитовидной железы	—	—	—	—	5	1,0
Рак щитовидной железы	—	—	—	—	1	0,2
Киста щитовидной железы	—	—	—	—	90	19,2
Всего:	—	—	—	—	471	100,0

Из общего числа больных: женщин 436 (92,6%), мужчин — 35 (7,4%).

В возрасте до 20 лет лечилось 40 больных (8,5%), от 21 до 30 лет — 108 (23,0%), от 31 до 40 лет — 149 (31,7%), от 41 до 50 лет — 116 (24,5%), от 51 до 60 лет — 49 (10,4%) свыше 60 лет — 9 (1,9%). Как видно, наиболее многочисленной была группа в возрасте от 21 года до 40 лет, составляющая 54,7% — более половины всех госпитализированных по поводу заболеваний щитовидной железы.

Самой пожилой пациенткой была больная О. 64 лет, успешно оперированная по поводу кистозного зоба, с явлением тиреотоксикоза. Самой молодой была 14-летняя К., оперированная по поводу смешанного зоба, которая в настоящее время чувствует себя хорошо, работает в детском саду воспитателем.

По социальным признакам больные распределялись на три группы: колхозники — 207 человек (44,0%), рабочие — 133 (28,2%) и служащие — 131 (27,8%). Высокий процент колхозников можно объяснить, прежде всего, преимущественным поступлением в областную больницу сельского населения.

Среди оперированных с давностью заболевания до 1 года было 28,3%. У остальных наблюдалась значительная продолжительность болезни: от 1 года до 5 лет — 47,1%, от 5 до 10 лет — 16,3%, от 10 до 15 лет — 3,6%, от 15 до 20 лет — 3,2%, свыше 20 лет — 1,5%.

У больных с длительным течением болезни наблюдались более выраженные изменения как со стороны центральной и вегетативной нервной системы, так и нарушения обмена веществ, изменения со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной систем и других органов.

Из 471 оперированного нами больного 322 (68,3%) до операции получили консервативное лечение, главным образом микродозами иода, 149 больных (31,7%) не лечилось. Длительные сроки консервативного лечения следует признать нерациональными. Они не должны превышать трех месяцев, ибо по мере увеличения сроков и тяжести заболевания опасность операции повышается.

При изучении клинических проявлений по поводу заболеваний щитовидной железы у больных были выявлены симптомы, приведенные в таблице 2.

Таблица 2

Симптомы	В процентах к числу больных		
	тереотоксические зобы	простые зобы	кисты щитовидной железы
Увеличение щитовидной железы	100,0	100,0	100,0
Головная боль	52,0	27,9	28,8
Общая слабость	41,0	15,5	21,0
Одышка	41,8	27,5	20,0
Повышенная потливость	32,8	15,0	4,5
Сердцебиение	61,6	22,5	23,3
Раздражительность	47,0	17,9	11,1
Осиплость голоса	10,4	5,0	3,3

У больных аденомой и раком щитовидной железы наблюдалось только увеличение щитовидной железы и осиплость голоса.

Как видно из таблицы 2, характерными симптомами у наших больных были: увеличение щитовидной железы, головная боль, сердцебиение, раздражительность, утомляемость (слабость), повышенная потливость, одышка.

У больной К. был эндокринный психоз на почве длительной болезни тиреотоксикозом. После соответствующей подготовки она была успешно оперирована, с хорошим послеоперационным течением. Сейчас К. чувствует себя хорошо, приступила к работе (главный бухгалтер леспромхоза) через шесть месяцев после операции.

Среди больных наблюдались следующие сопутствующие заболевания: туберкулез легких, гипертония, радикулит, гастрит, гепатит, сахарный диабет, сердечно-сосудистые и другие болезни.

Например, больная П., страдающая диффузным зобом, с явлением тиреотоксикоза, в течение двух лет болела сахарным диабетом. В начале 1962 года ей была сделана струмэктомия. Рана зажила вторичным натяжением.

Наиболее серьезными сопутствующими заболеваниями, отягощающим прогноз при оперативном лечении, являются поражения сердечно-сосудистой систе-

мы, бронхиальная астма, туберкулез легких, хронические тонзиллиты, сахарный диабет, а также наличие беременности, из-за которой нередко откладывалось оперативное вмешательство. Больных с указанными сопутствующими заболеваниями все же необходимо оперировать, так как истощение организма, вызываемое тиреотоксикозом, не может служить мерой защиты организма против сопутствующего заболевания, особенно против туберкулеза легких (имеются в виду непрогрессирующие формы) и сахарного диабета.

В дооперационную подготовку в таких случаях следует обязательно включать терапию, направленную против сопутствующего заболевания, как метод профилактики возможных осложнений в послеоперационном периоде (активная противотуберкулезная, противодиабетическая терапия и т. д.). В этих случаях дооперационная подготовка у больных, имеющих сопутствующие заболевания, будет более длительной.

Обычно дооперационная подготовка у наших больных была недолгой. Продолжительное время до операции находились в больнице только больные с очень выраженными тиреотоксикозами. При спорадическом зобе больным особой подготовки к операции не проводилось. О дне операции больные предупреждались заранее.

Всем больным перед операцией до 1960 года вводили морфий или пантопон. С 1960 года больным с выраженными явлениями тиреотоксикоза проводили премедикацию, на ночь и утром давали люминал по 0,1, а в день операции за 30 минут вводили литическую смесь (промедол 2,0, димедрол 2,0, аминазин 1,0). С 1962 года вместо аминазина больным вводим дипразин.

Нами проведены следующие операции: струмэктомия 250 операций, вылушение узла — 90, удаление кист — 75 и резекции доли — 56.

Все больные оперировались под местной инфильтрационной анестезией по Вишневному 0,25% -раствором новокаина, которая дает возможность под контролем глаза обеспечить послойную анестезию тканей и провести операцию безболезненно. Заранее предупредив больных о применении местной анестезии,

мы сохраняем контакт с больным в течение всей операции. При незначительных размерах зоба передние мышцы шеи раздвигались тупо, а затем проводилось вылушение узла или кисты, или субтотальная резекция доли щитовидной железы. Передние мышцы шеи пересекались при большом зобе. Пересеченные мышцы после резекции долей щитовидной железы ушивались кетгутовыми швами. В рану перед зашиванием вводились одна-две резиновые полоски.

В послеоперационном периоде больным назначался пенициллин внутримышечно через 8 часов по 100 тыс. МЕ в течение 3—4 суток. Из болеутоляющих средств чаще применялись наркотики. Больным с тяжелыми формами тиреотоксикоза после операции производили переливание крови. В течение 2—3 суток больные находились в постели в полусидячем положении и получали жидкую диету. На 3—4 сутки, а больные с тяжелым тиреотоксикозом на 6—7 сутки начинали ходить по палате. На вторые сутки после операции удалялись резиновые полоски. В среднем на пятые сутки снимались швы.

Послеоперационный период протекал гладко у 86,3% больных; раны заживали первичным натяжением. Однако наблюдалось и осложнение: у 4 больных (0,8%) была послеоперационная гематома, у 7 (1,5%) — нагноение раны, у 49 (10,4%) больных были инфильтраты, у одной больной (0,2%) было кровотечение, у пяти (1,1%) диагностирована послеоперационная пневмония, у шести (1,3%) — травма возвратного нерва, у одной больной (0,2%) была паратиреодная тетания.

Больная В., 26 лет поступила в областную больницу 3 октября 1959 года с жалобами на общую слабость, сердцебиение, одышку, повышенную потливость, дрожание конечностей, пучеглазие. Болеет с 1954 года, когда впервые заметила пучеглазие, а в дальнейшем стали диагностировать увеличение щитовидной железы. Больная периодически лечилась консервативно по месту жительства.

Объективно: больная среднего возраста, удовлетворительного питания, кожные покровы нормальной окраски; пульс 120 ударов в минуту, среднего наполнения, ритмичный, АД-120/80; при аускультации на

верхушке сердца выслушивается систолический шум; в легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный.

На передней поверхности шеи пальпируется равномерно увеличенная щитовидная железа, плотная, смещаемая при акте глотания. Выражен экзофтальм, тремор век и пальцев вытянутых рук.

Сахарная кривая замедлена — натощак сахара 91 мг %, через 30 мин. 151 мг %, через 2 ч. 30 м. — 100 мг %.

Основной обмен + 72. Реакция Ван-ден-Берга качественная, непрямая, количество билирубина 0,65 мг %.

На ЭКГ — синусовая аритмия с наклоном к тахикардии, отклонения электрической оси сердца влево (лежащее сердце).

1 ноября больная переведена для оперативного лечения в хирургическое отделение после проведенной консервативной терапии. Основной обмен стал - 43. Тахикардия уменьшилась, пульс 90 ударов в минуту.

12 ноября больной сделана операция — струмэктомия. Послеоперационный период протекал тяжело. На десятые сутки у больной заметили появление судорог в пальцах, которые после введения хлористого кальция проходили.

15 декабря больная выписана домой с рекомендацией периодически принимать хлористый кальций через рот и внутривенно.

В. дважды поступала для проведения курса лечения после операции. В настоящее время у нее судорог не отмечается, чувствует себя вполне удовлетворительно.

Смертность у больных составляет 0,8% к общему числу оперированных. В течение истекших десяти лет мы потеряли четырех женщин, оперировавшихся по поводу тиреотоксического диффузного зоба (в 1951 и 1960 г. умерло по 2 больных). У всех четырех смерть наступила в первые сутки после операции. Среди умерших были: одна в возрасте 22 лет, одна — 53 лет и двое в возрасте 31 год.

Давность заболевания у троих исчислялась от 5 месяцев до 1 года, у четвертой — 10 лет.

Причиной смерти была недостаточность эндокринной системы, в частности гиперплазия зубной железы и лимфоузлов и атрафия надпочечников.

398 (84,7%) больных выписалось из больницы с выздоровлением. Улучшение после хирургического лечения наступило у 68 (14,3%) больных. Без улучшения был выписан один больной, оперированный по поводу рака щитовидной железы, с давностью заболевания 20 лет.

После операции 289 больных находилось в хирургическом отделении до 10 дней, 163 — до 20 дней и 19 — свыше 20 дней.

При гистологическом исследовании обнаружены следующие формы зоба. (см таблицу 3).

Таблица 3

Клинический диагноз	Патогистологический диагноз						
	киста щито- видн. желе- зы	коллоид- ный зоб	смешанный зоб	диффузный зоб	базедова болезнь	микромак- рофоллику- лярн. зоб	аденома щи- тов. железы
Простые зобы	7	45	73	7	1	75	9
Тиреотоксические зобы	3	16	32	9	10	47	3
Аденома щитовидной железы	—	—	—	—	—	2	2
Рак щитовидной железы	—	—	—	—	—	—	1
Киста щитовидной железы	24	1	32	—	—	17	2
Всего	34	62	127	16	11	141	17

Для изучения отдаленных результатов хирургического лечения мною были разосланы анкеты с вопросами 381 больному. Запросов оперированным больным по поводу кист щитовидной железы не делалось. На наши анкеты ответили 222 больных, подробно сообщив о состоянии своего здоровья. На двух больных получены справки из районных больниц. 82 человека лично приезжали в областную поликлинику для обследования. 15 наших писем с анкетами возвращены с пометкой «Адресат выбыл». Двое больных умерли

от рака желудка через два года и одна больная умерла от рака матки через год после операции.

У прослеженных больных хорошие результаты после операции можно констатировать в 95,5% случаев. Отсутствие эффекта наблюдалось в 1,3%, рецидивы были в 2,6%, смертность 0,6%; двое больных умерло от рака щитовидной железы.

Больные, ранее не работавшие ввиду плохого здоровья, чувствуют себя хорошо: они избавились от различных тяжелых симптомов болезни и работают на разных производствах.

После проведенного хирургического лечения 279 человек занимаются общественно-полезным трудом:

- а) на разных работах в колхозах — 90 человек,
- б) на производстве — 77 человек,
- в) в учреждениях и предприятиях служащими — 85 человек,
- г) служат в Советской Армии — 3 человека,
- д) учатся — 1 человек.

е) являются домашними хозяйками — 23 человека.

Не работает по причине старости 14 человек (4,6%). 5 человек (1,6%) болеют гипертонической болезнью, одна больная находилась на лечении по поводу рака желудка, одна не работает после кровоизлияния в мозг и лишь четверо (1,2%) находятся на инвалидности по данному заболеванию. К числу последних относятся больные, страдающие тиреотоксикозом, имеющие сердечно-сосудистую недостаточность.

Послеоперационные осложнения по поводу травмы возвратного нерва у наших больных исчезли, голос всех больных восстановился.

Из общего числа оперированных, мы имеем данные о возникших рецидивах у девяти человек. Рецидивы наблюдались:

а) при простом узловатом зобе через 6 лет после операции (у двух больных);

б) при диффузном простом зобе через 9 лет (один случай);

в) при узловатом зобе с явлениями тиреотоксикоза через 3 и 4 года (у двух больных);

г) при смешанном зобе с явлениями тиреотоксикоза — два случая — через 5 лет и через год;

д) при диффузном зобе с явлением тиреотоксикоза через 9 лет (один случай);

е) при аденоме щитовидной железы через 3 года (у одного больного).

Все рецидивы наблюдались у женщины.

На основании нашего материала можно сказать, что все имевшие место рецидивы относятся к истинным рецидивам.

В настоящее время хирургическое вмешательство при заболеваниях щитовидной железы заняло ведущее место. Это обстоятельство заставляет нас, хирургов, значительно расширить показания к оперативному лечению и совершенствовать мастерство при проведении операций на щитовидной железе.

Для обеспечения преемственности и последовательности целесообразно создать единый комплекс лечения с привлечением врачей терапевтического и хирургического отделений, подчиненных единой цели — успешному лечению больных зобом.

Последнее время мы периодически созываем специальные конференции, на которых, помимо хирургов, принимают активное участие терапевты-эндокринологи.

На конференциях обсуждаются итоги лечения зобных больных, положительные результаты и осложнения, намечаются пути дальнейшего улучшения совместной работы. Эти мероприятия позволяют сделать лечение зоба и тиреотоксикоза строго дифференцированными.

Хочется подчеркнуть вопрос о классификации заболеваний щитовидной железы. Большое практическое значение имеет подразделение тиреотоксического зоба на клинические формы. Представленная нами классификация зоба не указывает степени увеличения щитовидной железы, течения заболевания, характера и выраженности тиреотоксикоза и стадии заболевания, поскольку это не было отражено в историях болезни. Поэтому нам пришлось при разработке распределить все случаи заболеваний на простые зобы, тиреотоксические, особо выделив аденому, рак и кисты щитовидной железы. Действующая до сих пор классификация заболеваний щитовидной железы теперь нас не может удовлетворить полностью.

Профессора Шершевский и Петровский предлагают в качестве рабочей схемы специальную классификацию тиреотоксического зоба.

I. По форме: а) диффузный, б) узловатый, в) смешанный.

II. По степени увеличения щитовидной железы: II, III, IV, V.

III. По течению заболевания: а) острый тиреотоксикоз, б) тиреотоксикоз с незаметным началом и медленным течением.

IV. По характеру тиреотоксикоза: а) первичный, б) вторичный.

V. По выраженности тиреотоксикоза: а) легкие формы, б) средней тяжести, в) тяжелый тиреотоксикоз.

VI. По стадии болезни: а) невротическая, б) нейророгомональная, в) висцеропатическая, г) дистрофическая.

Эта схема дает возможность для развернутого диагноза (например, первично-диффузный тиреотоксический зоб III степени, средней тяжести, с хроническим течением в дистрофической стадии), определения тяжести заболевания и показаний к оперативному вмешательству.

Данную схему классификации тиреотоксического зоба мы с 1962 года применили в своей практике и соответственно с этим наладили четкое оформление записей в историях болезни.

Выводы

1. Хирургический метод лечения щитовидной железы является наиболее целесообразным. Мы получили выздоровление после хирургического лечения у 95,5% больных. Консервативные методы лечения являются лишь этапом подготовки к операции.

2. Результаты оперативного вмешательства на щитовидной железе в значительной степени улучшаются при своевременном поступлении больных в хирургическое отделение и при тщательной предоперационной подготовке.

3. Наиболее частой и главной причиной неудовлетворительных ближайших и отдаленных результатов лече-

ния тиреотоксикоза и других форм зоба при хирургическом лечении следует считать несовершенство техники оперативного вмешательства. При тщательной предоперационной подготовке и при правильно проведенной операции на щитовидной железе не должно быть летальных исходов. Также не должно быть рецидивов имеющихся послеоперационных осложнений, какими являются, например, травма возвратного нерва.

О РЕАНИМАЦИИ В УСЛОВИЯХ МЕДСАНЧАСТИ

М. А. КОЗЛОВ

(Из хирургического отделения медсанчасти
«Череповецметаллургстроя», главный врач Д. Ф. Фрегатов)

За последнее время в нашей стране появилась новая отрасль медицинских знаний — реаниматология.

Основной задачей реаниматологии является изучение закономерностей угасания и восстановления жизненных функций организма. В практической медицине, врачи, вооруженные знаниями реаниматологии, занимаются профилактикой терминальных состояний, выведением больных из терминальных состояний и состояний клинической смерти.

По В. А. Неговскому под терминальным состоянием разумеют последние этапы жизни организма: тяжелые стадии шока, коллапса, агональное состояние. Под клинической смертью понимают тот период после прекращения кровообращения, который могут перенести не только высшие отделы мозга, но и такие органы, как печень и почки, если они в конкретных условиях играют ведущую роль и определяют необратимость процесса умирания. Этот период при обычных условиях организма равен 3—6 минутам. В некоторых случаях при внезапном умирании, особенно если умирает молодой жизнеспособный организм, оживить его можно через 7—8, а в отдельных случаях через 10 минут.

В. А. Неговский выделяет два понятия механизма умирания.

Быстрое умирание, когда организм не успевает включить в борьбу за жизнь все компенсаторные механизмы и анемизация в связи с ослаблением и пре-

кращением сердечной деятельности наступает более или менее одновременно во всех тканях и органах и больше всего страдает мозг. Этот вид умирания — мозговая смерть.

В условиях же медленного многочасового умирания на фоне длительной гипотензии нередко наблюдается своеобразное перераспределение крови, обеспечивающее более полноценное снабжение сердца и мозга при недостаточном кровоснабжении внутренних органов. В этих случаях наступает соматическая смерть.

В настоящее время применяется комплексный метод оживления, который включает: нагнетание крови в артерию под давлением по направлению к сердцу, аппаратное искусственное дыхание, электростимуляцию и дефибриляцию сердца, прямой или непрямой массаж сердца, медикаментозные средства.

В нашем отделении мы применяли весь перечисленный комплекс, кроме электростимуляции и дефибриляции.

При массивной кровопотере мы переливали кровь одновременно в три и даже четыре сосуда (вены и артерии) что рекомендуют делать многие авторы (Б. В. Петровский, В. А. Неговский и др.). Для внутриартериального нагнетания крови мы использовали также и поврежденные сосуды вследствие травмы, которые без труда (а следовательно быстро) можно было обнаружить в ране.

Если невозможно было провести интубацию, срочно применяли трехеостомию.

В. А. Неговский не советует применять вещества, снижающие восприятие болей (морфий, пантопон, нейроплегические препараты, а также внутривенные введения алкоголя или новокаина) до увеличения объема циркулирующей крови и улучшения гемодинамики. Использование их в тяжелых стадиях шока на фоне выраженного угнетения всех функций организма приводит к еще большему угнетению последних и главное к резкому угнетению компенсаторных реакций. В своей практике мы руководствовались этими положениями.

Мы располагаем всего лишь девятью наблюдениями, где применялась самая активная реанимация.

Из 9 наших больных было 8 тяжело травмированных и лишь один трехлетний ребенок — после тяжелой операции по поводу множественных каловых свищей.

Прямой массаж сердца (т. е. со вскрытием грудной клетки) в комплексе с другими средствами применялся нами пять раз. В двух случаях было достигнуто оживление, хотя оба больных через непродолжительное время погибли, так как у них была травма, несовместимая с жизнью.

Приводим эти наблюдения:

Больной М., 60 лет, поступил в отделение 16 ноября 1962 года с явлениями тетраплегии в результате перелома шейного отдела позвоночника. Выяснено, что он был выброшен из кузова грузового автомобиля на полном ходу. В момент поступления выражены явления расстройства дыхания, артериальное давление 100/60 мм ртутного столба, пульс ритмичный. В палате у больного прекратилось дыхание, исчез пульс, остановилось сердце, расширились зрачки.

Произведена срочная интубация трахеи. Без соблюдения асептики через пятое межреберье обнажено сердце (перикард не вскрывался), начат прямой массаж его с одновременным введением адреналина в левый желудочек. Через 7 минут после начала массажа и активного аппаратного искусственного дыхания сердечная деятельность восстановилась, появилось самостоятельное дыхание, рана закровоточила, расширенные зрачки сузились, артериальное давление поднялось до 100/60. Больной открывал глаза, когда произносилось его имя. Но, несмотря на активную терапию, больной прожил лишь около 8 часов.

На вскрытии обнаружен перелом шейного отдела позвоночника с ушибом спинного мозга, перелом черепа.

Больной К., 18 лет, был сбит автомобилем на улице, и доставлен в отделение 30 марта 1963 г. в крайне тяжелом состоянии с явлениями расстройства дыхания и сердечной деятельности. Имелось подозрение на перелом основания черепа и шейного отдела позвоночника. Через несколько минут после поступления в палату, у больного остановилось дыхание, исчез пульс, расширились зрачки. Попытка срочной интубации не

удалась из-за наличия в дыхательных путях крови. Срочно, без соблюдения асептики, произведена нижняя трахеостомия. В трахею введена интубационная трубка. Кровь из дыхательных путей удалена электроотсосом. Начато аппаратное искусственное дыхание. Одновременно через пятое межреберье обнажено сердце. Начат прямой массаж без вскрытия перикарда. На одиннадцатой минуте с момента начала массажа сердце начало сокращаться. Появился пульс на лучевых артериях. Исчез цианоз. Рана закровоточила, артериальное давление поднялось до 90/55, зрачки сузились. В сознание больной не пришел и жил лишь около пяти часов, находясь на искусственном дыхании аппаратом ДП-1. При вскрытии обнаружен тяжелый перелом основания черепа. Травма также была практически несовместима с жизнью.

Из девяти наших больных выжило только двое. Их с большим трудом удалось вывести из тяжелых терминальных состояний, в которых они находились.

13 октября 1962 года в отделение поступила больная З., 17 лет, в крайне тяжелом состоянии. На работе бортом кузова грузовой автомашины она была прижата к бетонной стене. При поступлении выражено двигательное беспокойство. Бледная, дыхание поверхностное, губы сухие, зрачки расширены, пульс нитевидный, 110 ударов в минуту, артериальное давление 80/40 мм ртутного столба.

С диагнозом подозрения на разрыв печени З. была срочно оперирована под местной анестезией. В брюшной полости обнаружено большое количество крови. Имелся обширный разрыв правой доли печени. На операционном столе у больной исчез пульс и артериальное давление, на некоторое время исчезло сознание. Дыхание стало еле заметным.

Больной переливалась кровь одновременно в три сосуда (две вены и артерию); в общей сложности она получила около 5,5 литра крови и кровозаменителей. Применялось аппаратное искусственное дыхание маской. Операцию удалось закончить в крайне тяжелом состоянии больной при артериальном давлении 90/40 мм ртутного столба.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались повторные падения артериального давления.

Однако в результате повторных внутриа­ртериальных нагнетаний крови и внутривенного вливания крове­заменителей, применения наркотиков и сердечных средств при постоянной кислородотерапии состояние больной улучшилось. В итоге она поправилась.

В заключение отметим, что реанимация требует не только умения, но и хорошей организации дела. Последнее, на наш взгляд, даже более важно, ибо здесь первостепенное значение имеет фактор времени. Мероприятия по оживлению вполне оправдывают себя, и в наших условиях могут найти более широкое применение. Следует считать, что во всех случаях, когда имеется хотя бы минимальный шанс на получение успеха от реанимации, — последнюю необходимо производить обязательно.

НАШ ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛАУКОМЫ

*Е. В. АЛЕКСАНДРОВИЧ, О. М. ФИШБЕРГ,
Г. К. ДМИТРИЕВА, Э. Н. ИОЙЛЕВ,
Е. И. БЕЛОВА, В. П. ТРЕЩАЛОВ*

(Из Вологодской областной глазной больницы,
главный врач — заслуженный врач РСФСР
Е. В. Александрович)

В настоящее время борьба с глаукомой является одной из наиболее актуальных задач советских офтальмологов. Известно, что лечение больных глаукомой наиболее эффективно в начальной стадии болезни, когда функции органа зрения еще сохранены и своевременно проводимое лечение дает возможность сохранить трудоспособность больного на многие годы. Поэтому так важно раннее выявление этого заболевания.

В офтальмологической литературе уже опубликованы результаты профилактических осмотров, которые в настоящее время проводятся во многих городах Советского Союза, а также и за рубежом.

Из отечественных авторов М. М. Романовский (1956) сообщил, что в институте им. Гельмгольца в результате обследования 6670 человек глаукома была выявлена в 0,75%.

С. Я. Миминошвили с авторами (1959 г.) у жителей г. Сухуми выявили глаукому в 2,6%.

В глазной клинике Саратовского мединститута Л. Н. Синегубова обнаружила глаукому в 12,8%.

Проведенное М. В. Бачуриной-Цветковой (1959 г.) обследование рабочих Магнитогорского металлургического комбината дало 3% больных глаукомой.

Г. С. Зарубин, Г. А. Жукова, Л. П. Козлова, Г. В. Зубарева (1961 г.) представили результаты об-

следования населения Москвы и Московской области на протяжении ряда лет. По данным этих авторов глаукома у лиц старше 40 лет колеблется от 1,2% до 1,6%.

Врач Б. Н. Можайцев выявил глаукому у 1,2% жителей Красноборского района Архангельской области.

По данным Г. А. Драгомерецкой, у сельского населения Одесской области глаукома встречается от 0,8% до 2,4%.

Таким образом, мы видим, что заболеваемость глаукомой по разным авторам различна.

Конечно, в этой работе имеет большое значение и метод выявления нарушения офтальмотонуса.

На основании данных, полученных С. Ф. Кальфа, С. Б. Розовской, Н. А. Вишневым, признано, что метод эластотонетрии является наиболее точным и приемлемым в практической работе окулиста.

В амбулатории Вологодской областной глазной больницы, как правило, всем больным, начиная с 40-летнего возраста, проводится обязательная тонометрия и эластотонетрия. При подозрении на глаукому, этих лиц помещали в стационар больницы, где им проводили измерение суточного колебания офтальмотонуса, суточную эластотонетрию и ряд проб нагрузочного и разгрузочного характера.

Только за 1960—1961 гг. таким способом нами было обследовано на глаукому 5702 человека. При этом начальную глаукому мы обнаружили у 1,0%, выраженную глаукому — у 2,6%, далеко зашедшую — у 1,2% и абсолютную глаукому — у 1,2%.

Таким образом, среди обследованных 5702 человек глаукома обнаружена в 6,6%. На долю мужчин пришлось 7,7%, женщин — 5,9%.

Сравнивая полученные нами результаты обследования с упомянутыми выше авторами, мы видим, что в Вологодской области количество больных глаукомой значительно превышает число таких больных по другим краям и областям Советского Союза.

С конца 1960 года мы начали проводить эту же работу и при выездах окулистов в районы области. В виду того, что в большинстве районов нашей области врачей-окулистов нет, вместе с врачами глаз-

ной больницы в районы стали выезжать и медицинские сестры, хорошо владеющие техникой эластотонетрии.

После осмотра всем лицам с 40-летнего возраста, несмотря на отсутствие каких-либо жалоб со стороны зрения, производилось эластотонетрическое исследование. Этим методом в сельской местности пока что было обследовано 642 человека, из них диагноз развитой глаукомы установлен у 37 человек, что составляет 5,9%. Процент распределения глаукомы по некоторым районам Вологодской области различен. Например, в Бабаевском районе обнаружено 3,6% больных глаукомой, в Нюксенском — 4,2%, в Вожегодском — 5,4%, в Харовском — 5,6%, в бывшем Рослятинском районе — 6,4%, в Верховажском — 8,6%.

Такой высокий процент распространения глаукомы в нашей области должен привлечь к себе особое внимание органов здравоохранения.

Наш опыт профилактического обследования населения на глаукому позволяет считать, что метод эластотонетрии хотя и трудоемкий, но является весьма ценным.

Что касается лиц с подозрением на глаукому, то в этих случаях, кроме эластотонетрических исследований, диагноз ставится только по совокупности после ряда дополнительных проб.

Все больные, у которых была выявлена глаукома, взяты на диспансерное наблюдение и лечение.

Активное выявление лиц с ранним расстройством регуляции внутриглазного давления, своевременно проводимое лечение, систематическое наблюдение таких больных специально окулистом, — все это является одной из самых насущных задач в борьбе с преждевременной слепотой от глаукомы, которой на всем земном шаре в настоящее время принадлежит первое место среди всех причин слепоты.

Поэтому такие обследования должны найти самое широкое распространение и должны проводиться повсеместно в обязательном порядке.

ГЛАЗНОЙ ТРАВМАТИЗМ У МЕХАНИЗАТОРОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА

(По материалам Вологодской областной глазной
больницы)

Г. К. ДМИТРИЕВА

(Из Вологодской областной глазной больницы,
главный врач—заслуженный врач РСФСР Е. В. Александрович)

В настоящее время в связи с широкой механизацией сельского хозяйства травмы глаз у сельскохозяйственных рабочих по своему характеру мало чем отличаются от промышленных травм.

Если ранее, при ручном труде, преобладали поверхностные травмы глаза с последующим развитием ползучей гнойной язвы роговицы, то в настоящее время орудием ранения являются преимущественно металлические осколки, отлетающие при ремонте тракторов и других сельскохозяйственных машин. По данным Б. В. Протопопова, сельскохозяйственный травматизм глаз составляет 20% ко всем глазным травмам, И. Г. Ершковича — 7,6%, Д. Н. Натансона — 11,8%, Е. М. Рахальской — 28,5%.

За пять лет (1956—1960) в стационаре Вологодской областной глазной больницы лечилось 533 человека с тяжелым травматическим поражением глазного яблока. Среди них сельскохозяйственная травма глаза была у 64 человек (12%). Из них — 57 мужчин и 7 женщин. Незначительное число женщин объясняется тем, что основная масса механизаторов — мужчины.

В основном травму получали в молодом возрасте. Так, в возрасте от 18 до 30 лет было 42 человека, от 31 до 40 лет — 13, и свыше 40 лет — 9 человек.

По профессиям пострадавшие распределялись следующим образом: трактористов — 37 человек, комбайнеров — 6, кузнецов — 3, прицепщиков — 3, колхозников, занятых на ремонте, — 14, шофер — 1.

Наиболее частой причиной травмы глаза является отлетающий во время ремонта металлический осколок от «пальца» гусеницы. Этот «палец» часто приходится выбивать кувалдой и молотком в совершенно несоответствующих условиях — в поле, без применения защитных средств.

По нашим материалам, из 37 пострадавших трактористов 25 получили ранение осколком от «пальца». Как правило, все пострадавшие работали без средств защиты.

В других случаях ранения получают при замене вала коробки скоростей, обработке подшипника, обработке оси трактора.

Следует отметить, что в Вологодской области большинство сельскохозяйственных рабочих не снабжены защитными очками, а если кой-где такие очки имеются, то из-за неудобства и частого запотевания стекол рабочие пользуются ими весьма неохотно.

Не связанные с ремонтом машин повреждения глаз чаще всего непроникающие, носят характер контузии или же поражают роговицу.

Из наших 64 человек, получивших сельскохозяйственную травму, у 52 имело место проникающее ранение и у 30 из них — наличие внутриглазного инородного тела. Эти инородные тела находились главным образом (у 25 человек) в заднем отделе глазного яблока; в переднем отделе — у 5 человек; при двойном прободении за глазом — у двух человек. Контузии глазного яблока наблюдались у двенадцати человек.

По локализации ранений прободение роговицы отмечено в 60%, корнеосклеральной области — 22%, области цилиарного тела — 14% и склеры — 4%. Ранения отличались тяжестью поражения глаза, сопровождалось выпадением оболочек глаза, иридоциклитом, и, что особенно характерно для сельскохозяйственной травмы, это инфицированность раны и развитие эндофтальмита вследствие большой загрязненности попадающих инородных тел землей.

Поэтому так важно оказание правильной первой помощи таким больным при обращении на фельдшерский пункт. Следует напомнить, что при подобных повреждениях необходимо немедленно ввести противостолбнячную сыворотку, применить антибиотики, сульфаниламидные препараты, как местно, так и внутримышечно, и немедленно отправить пострадавшего в глазной стационар, минуя промежуточные этапы эвакуации.

Мы наблюдали, что на фельдшерских пунктах очень часто больной не получает правильной медицинской помощи: заведующие пунктами ограничивают свою деятельность тем, что дают направление в участковую больницу, откуда больной переправляется в районную больницу и уже оттуда, при отсутствии своего окулиста, больной получает направление в областную глазную больницу.

Ввиду отдаленности многих районов нашей области, плохих дорог, а также нарушений правил эвакуации раненых, сроки госпитализации с проникающими ранениями глаз таковы: в первые сутки после ранения госпитализировано около 30%, через двое суток после ранения — 53%; остальные больные поступали спустя 7—10 и даже 14 дней после травмы.

При поступлении у 28% пострадавших уже были обнаружены явления эндофтальмита, т. к. нередки случаи, когда даже в районной больнице больному не были введены антибиотики.

Как уже указывалось, у 30 наших больных инородное тело было внутри глаза. Из них у 5 человек осколок был удален из передней камеры, у 5 — через рану в переднем отделе и 20 человекам была произведена диасклеральная электромагнитная операция с последующей диатермокоагуляцией склеры.

При глазных травмах для достижения хорошей адаптации краев раны производилась первичная хирургическая обработка раны с наложением швов на роговицу и склеру.

Из 64 человек с тяжелой сельскохозяйственной травмой у 13 (20,3%) из-за запущенности процесса и обширности ранения пришлось поврежденный глаз удалить, но у шестерых с развившимся эндофтальмитом все-таки удалось спасти глаза от энуклеации.

При лечении больных с проникающим ранением глаза, кроме хирургической обработки раны, как правило, необходимо широко применять антибиотики и сульфаниламидные препараты, проводить общеукрепляющее лечение, витаминотерапию, переливание крови, тканевую терапию. Лицам с положительными туберкулиновыми пробами проводилась десенсибилизация и специфическая терапия, что, несомненно, создавало более благоприятные условия для течения раневого процесса.

Несмотря на энергичное комплексное лечение, нам удалось сохранить хорошее зрение только у 55% пострадавших.

Это обстоятельство диктует настоятельную необходимость проведения более энергичной профилактики таких травм.

При изучении причин и обстоятельств глазных травм у механизаторов сельского хозяйства, находившихся у нас на лечении, мы встретились с такими фактами, устранение которых приведет к уменьшению глазного травматизма в сельском хозяйстве. И надо сказать, что кой-где уже принимаются некоторые меры. Так, например, в отдельных мастерских отделений «Сельхозтехники», колхозов и совхозов стали применять насадки на «палец» гусеницы, которые предохраняют глаза от возможного повреждения. Это профилактическое мероприятие должно быть широко распространено.

В целях профилактики глазного травматизма с прошлого года мы начали профосмотры механизаторов врачами-окулистами. При этом были обнаружены явные нарушения правил приема и допущения к работе механизаторов с явными недостатками органа зрения.

Отсюда следует, что:

1) всем районным и участковым врачам необходимо следить за тем, чтобы при приеме на работу механизаторов последние в обязательном порядке проходили профосмотр, и люди с низким зрением и одноглазые не попадали на эту работу;

2) необходимо требовать, чтобы мастерские были обеспечены защитными средствами и чтобы рабочие пользовались ими при работе.

В борьбе с глазным травматизмом значительная роль принадлежит и санитарно-просветительной работе среди сельскохозяйственных рабочих.

В борьбу с сельскохозяйственными глазными травмами, кроме медицинских работников, должны включиться активисты общества Красного Креста. Уже доказано, что в деле охраны здоровья населения нашей области работа этой организации приносит свои плоды.

НАША ЭКОНОМИЧНАЯ ПОВЯЗКА ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЛАЗНЫХ БОЛЬНЫХ

*Е. В. АЛЕКСАНДРОВИЧ,
главный врач областной глазной больницы,
заслуженный врач РСФСР*

Вопрос о послеоперационной повязке в большинстве своем разрешается каждым офтальмохирургом индивидуально.

Разделяя мнение Е. Г. Лазарева, А. И. Масленникова и К. И. Цикуленко о том, что большая марлевая бинокулярная повязка создает условия термоста-та для развития флоры, в то же время нельзя не согласиться и с Е. Б. Рабкиным, когда он говорит, что такая общепринятая бинокулярная повязка хотя и обеспечивает достаточную иммобилизацию и защиту глаза, в то же время она не лишена отрицательных качеств. Такая повязка оказывает некоторое давление на глаза, нарушает акт мигания; при этом уменьшается нормальная секреция слезной железы и нормальная циркуляция слезной жидкости. Все это, несомненно, не может не сказаться на процессах регенерации.

Приведенные соображения в сочетании со стремлением экономнее расходовать перевязочный материал заставили нас в 1942 году отказаться от обычной марлевой бинокулярной повязки. Для послеоперационных больных мы стали применять повязку из картона. Делаем это следующим образом.

Берем мягкий, достаточно гибкий картон (от обычных коробок для ампул глюкозы, кальция и т. д.), вырезаем из него прямоугольный кусок длиной в 25, шириной в 12 сантиметров. По средней линии делается небольшая вырезка соответственно носу, чтобы

картон смог лечь на лицо плотнее. На боковых сторонах сверху и снизу делаются прорезы, в которые протягиваются узкие полоски марли длиной в 35 сантиметров и связываются узлом с картоном. Получается картонная маска с четырьмя марлевыми тесемками. Повязка имеет примитивный вид. (Фото 1).

Такие заранее приготовленные картонные повязки заворачиваются в салфетку и стерилизуются обыч-

ным способом в автоклаве. После операции на оба глаза больного накладывается сложенный вдвое кусок бинта шириной в 10 и длиной в 25 сантиметров, поверх него очень тонкий слой ваты в количестве не более 1,5—2 граммов. Все это покрывается картоном, который фиксируется имеющимися полосками марли вокруг головы так, чтобы

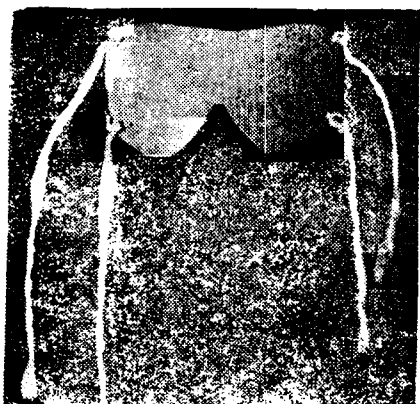


Фото 1.

узлы пришлись возле уха с противоположной операционному полю стороны. Достаточная иммобилизация повязки достигается тем, что верхние тесемки располагаются выше затылка, а нижние тесемки проходят под ушами (так, как это делается при накладывании пращевидной повязки). Каждая пара связывается над и под ухом, после чего длинные концы от верхней и нижней пары добавочно связываются между собой. (Фото № 2).

Во время перевязки оперированного в постели достаточно только развязать узлы тесемок, аккуратно поднять картон и отложить его верхней поверхностью рядом на подушку, не вытягивая из-под головы больного расположенные там тесемки. (Фото 3 и 4). После выполнения необходимых местных лечебных манипуляций глаза вновь покрываются свежим стерильным материалом и картон водворяется на прежнее место.

Преимущество нашей повязки мы видим в следующем:

1. Повязка-картон является достаточной защитой глаза от случайных прикосновений и ушибов.

2. Такая повязка не оказывает никакого давления на глаза, не нарушает кровообращения, не органичивает акт мигания и циркуляцию слезной жидкости.



Фото 2.

3. При перевязке в постели голова больного остается совершенно неподвижной, так как ее не приходится приподнимать и вся местная лечебная процедура производится без малейшего напряжения мышц шеи.

4. В случаях негладкого послеоперационного течения такая повязка-картон обеспечивает более легкое и удобное проведение в постели повторных местных лечебных процедур.

5. Если на бинокулярную повязку из бинта обычно требуется трехметровый

бинт, то при нашей повязке расходуется всего около 85 сантиметров.

6. Использованная у одного больного картонная повязка вновь подвергается стерилизации в автоклаве и употребляется нами многократно до износа, что сводит расход перевязочного материала до минимума.

Двадцатилетний опыт применения повязки-картона позволяет нам ее рекомендовать за исключением маленьких детей, которым мы накладываем обычную марлевую бинокулярную повязку.

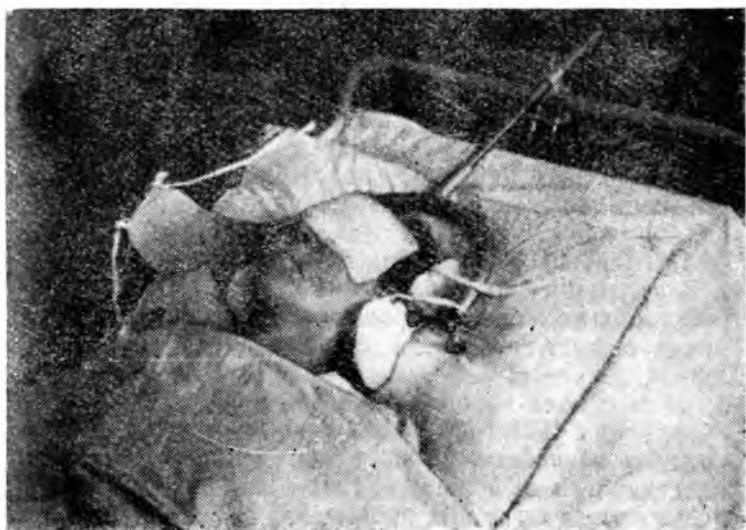
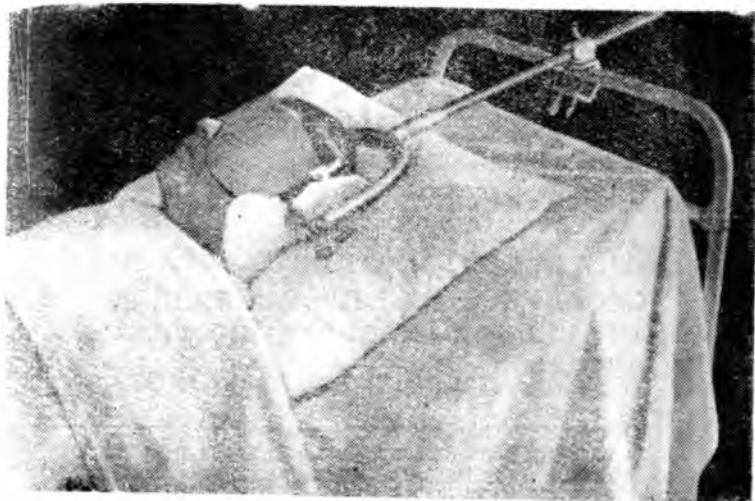


Фото 3 и 4.

ИЗ ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕЛЛУЛОИДНЫХ СКОРЛУПОК ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Е. В. АЛЕКСАНДРОВИЧ, О. М. ФИШБЕРГ

(Из Вологодской областной глазной больницы,
главный врач — заслуженный врач РСФСР
Е. В. Александрович)

Для получения заживления ран первичным натяжением, как известно, необходима хорошая адаптация краев раны. В офтальмологии при обширных зияющих ранах это достигается аккуратным наложением швов как на роговицу, так и на склеру. Однако, в зависимости от состояния раны, ее формы и поведения больного, хорошая адаптация краев раны не всегда легко достигается даже в руках опытного офтальмохирурга. К тому же, не следует забывать, что при некоторых ранениях наложенные на роговицу швы оставляют после себя дополнительные помутнения роговой оболочки.

Приведенные мотивы невольно заставляют обратить внимание на предложение С. П. Петруня, который сообщил о своем упрощенном способе сближения краев раны глаза с помощью целлулоидной скорлупки.

В Вологодской областной глазной больнице эта скорлупка с 1958 года нашла свое применение при некоторых послойных и частичных сквозных кератопластиках. В течение же 1961—1962 гг. мы стали пользоваться ею и при проникающих ранениях глаза. За это время для сближения краев раны мы применили целлулоидную скорлупку на 24 глазах, в том числе на 9 глазах у детей.

Для предпринятого анализа мы разделили наших больных на две группы.

К первой группе отнесли 16 глаз с проникающими ранениями роговицы и раны неправильной формы с сопутствующим выпадением радужки. Из них на 4 глазах раны были лоскутнорваные. В этой группе на 9 глазах имелась травматическая катаракта и один глаз — с внутриглазным инородным телом.

Ко второй группе мы отнесли корнеосклеральные ранения с выпадением радужки на 8 глазах и внутриглазным инородным телом на одном глазу.

Необходимо отметить, что из всех 24 больных поступили в нашу больницу в течение первых суток только 4 человека, в течение двоих суток — 6 человек, на третьи сутки — 5 человек, на четвертые-пятые и после шести суток — 4 человека.

В качестве ранящего предмета в 13 случаях были металлические предметы, в шести — стекло и пять глаз травмированы отскочившим куском дерева.

Все поврежденные глаза в больнице были подвергнуты хирургической обработке ран, которая заключалась в иссечении выпавших оболочек и частичном удалении кортикальных масс.

У двух больных одновременно была произведена электромагнитная диасклеральная операция с положительным результатом. На двух глазах при обработке раны потребовалось замещение имевшегося дефекта свободным трансплантатом роговицы и склеры.

Обычно в конце операции в конъюнктивальный мешок инстиллировался 25% раствор альбуцида, а затем на передний отдел глазного яблока накладывалась целлулоидная скорлупка, которую большинство наших пациентов переносило хорошо. Только у двоих детей эту скорлупу пришлось на третьи сутки снять.

Наблюдение за послеоперационным течением убедило нас в том, что такое покрытие глаза позволяет легко наблюдать за состоянием раны, передней камеры и радужки. В среднем мы снимали скорлупку на восьмые сутки. Непосредственный результат был следующий: из 24 глаз только у 5 не было хорошей адаптации краев раны.

Рассматривая причины этого неудовлетворительного результата, мы обнаружили, что у одного ребен-

ка из-за беспокойного поведения па вторые сутки произошло ущемление радужки; у двух человек не было хорошей адаптации из-за ущемившегося в ране сгустка крови и на двух глазах — из-за набухающей катаракты. В дальнейшем из этих пяти случаев на трех глазах с корнеосклеральным ранением пришлось сделать на 12-е сутки энуклеацию из-за развившегося тяжелого иридоциклита.

Анализ нашего материала показал, что исход в энуклеацию мы имели только в группе корнеально-склеральных ранений, где из 8 глаз 3 глаза пришлось удалить.

В таблице приводятся результаты лечения с применением целлулоидных скорлупок.

Острота зрения	При поступлении в больницу	При выписке из больницы
Светоощущение	8 глаз	5 глаз с трав. катарактой
До 0,1	6 глаз	2 глаза
До 0,3	8 глаз	4 глаза
0,5 и выше	—	8 глаз

У двоих детей зрение не проверено, но глазное дно — норма. Следовательно, и визуальный эффект был вполне удовлетворительным.

Подводя итог нашим наблюдениям, мы можем отметить, что:

1) целлулоидная скорлупка, примененная в некоторых случаях для сближения краев раны, резко сокращает длительность операции;

2) такие скорлупки не мешают наблюдению за состоянием глаза;

3) субъективно скорлупка переносится вполне удовлетворительно;

4) длительное пребывание скорлупки ни в одном случае у нас не вызвало повреждения эпителия роговицы;

5) из 24 случаев на 21 глазу мы получили вполне удовлетворительный результат.

Этот способ сближения краев раны, по нашему мнению, более применим при роговичных ранениях и ни в коем случае не исключает поисков других методов.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Г. И. ЗВЕРЕВ,

главный врач областного онкологического диспансера.

Специализированная онкологическая помощь населению Вологодской области начала создаваться 20 лет назад.

Несмотря на весьма сложные условия военного времени, в 1943 году при городской больнице было открыто онкологическое отделение на 35 коек. Организация этого отделения сыграла большую роль в деле создания в области специализированной онкологической помощи больным, страдающим различными новообразованиями.

При этом необходимо отметить большую организаторскую работу, проведенную ныне покойным Павлом Ивановичем Торговановым (1904—1955 гг.), кандидатом медицинских наук, депутатом Верховного Совета СССР, первым заведующим онкологическим отделением городской больницы, а впоследствии главным врачом областного онкологического диспансера.

В первое время отделение носило черты смешанного, где наряду с онкологическими больными лечились и общехирургические. Но в сравнительно короткий срок, в результате широкой известности, которую завоевало это учреждение среди населения области, оно стало заполняться только больными, страдающими различными опухолями, требующими специального лечения.

Большое число больных, обращающихся за онкологической помощью, привело к необходимости орга-

низации в 1948 году областного онкологического диспансера.

В настоящее время наше учреждение размещается в двух корпусах, общей площадью 1850 кв. метров.

Диспансер имеет организационно-методический кабинет, поликлинику, хирургическое и радиологическое отделения на 125 коек, два рентгенодиагностических и два рентгенотерапевтических кабинета, патгистологическую и клиническую лаборатории, пансионат для приезжающих на амбулаторное обследование больных на 15 коек.

Радиоактивные препараты в виде игл и аппликаторов применяются в диспансере с 1956 года, с 1959 года функционирует ГУТ-400, оборудованная телевизионной установкой.

Основные операции проводятся под современными видами наркоза с 1958 года.

В настоящее время применяется и хиотерапевтическое лечение: сарколизином, ТИО-ТЕФом, бензотэфом, гормонами и другими препаратами.

Таким образом, в настоящее время Вологодский областной онкодиспансер может оказывать населению области полноценную специализированную онкологическую помощь.

Если взять десятилетний интервал, то экстенсивные показатели заболеваемости злокачественными опухолями в Вологодской области выразятся в следующих данных (см. таблицу 1).

Таблица 1

Экстенсивные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в 1950 и в 1960 гг. в Вологодской области

Локализации	Г о д ы	
	1950	1960
Рак желудка	45,4	47,2
Рак матки	13,1	9,2
Рак нижней губы	10,7	8,2
Рак кожи	8,0	9,5
Рак пищевода	6,4	5,7
Рак грудной железы	5,6	4,0
Рак легких	1,0	4,8
Рак прямой кишки	2,5	2,5
Прочие локализации и заболевания	7,3	8,9
Всего	100,0	100,0

Из приведенной таблицы видно, что по локализациям наибольший удельный вес среди всех злокачественных новообразований приходится на рак желудка (45,4—47,2%), на втором месте стоит рак матки, на третьем — рак нижней губы.

Резких колебаний в удельных весах за десятилетний период на нашем материале не отмечено, за исключением локализации рака легких (1% в 1950 г. и 4,8% в 1960 году).

Интенсивные показатели дают уже более развернутое представление о заболеваемости. Это видно из таблицы 2, где даны показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями (основные локализации) в 1960 году на 100 тыс. населения по возрастным группам, полу, месту жительства. (При расчете использовались данные переписи населения в 1959 году).

Из таблицы 2 видно, что самая высокая заболеваемость падает на рак желудка. На втором месте стоит заболеваемость раком матки, на третьем и четвертом — раком кожи и нижней губы, на пятом — раком грудной железы (у женщин), на шестом — раком пищевода, на седьмом — раком легких и, наконец, на восьмом — раком прямой кишки.

По возрасту, самая высокая заболеваемость наблюдается от 60 до 69 лет, за исключением рака кожи и рака грудной железы.

При раке грудной железы самая высокая заболеваемость падает на возраст от 50 до 59, а при раке кожи от 70 лет и старше.

Если исходить из интенсивных показателей заболеваемости по полу, то на первом месте стоит рак желудка у женщин (более чем в полтора раза выше чем у мужчин), на втором месте — рак кожи у женщин (более чем в четыре раза выше, чем у мужчин), на третьем месте — рак шейки матки, на четвертом — рак нижней губы у мужчин (более чем в шесть раз выше, чем у женщин), на пятом — рак легкого у мужчин (более чем в три раза выше, чем у женщин), на шестом — рак грудной железы у женщин, на седьмом — рак пищевода у мужчин, на восьмом — рак прямой кишки у женщин (более чем в полтора раза выше по сравнению с мужчинами).

ИНТЕНСИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

заболеваемости злокачественными опухолями в Вологодской области в 1960 году на 100 000 населения

Возраст в годах	Рак желудка			Рак матки	Рак кожи			Рак нижней губы		
	муж.	жен.	оба пола	жен.	муж.	жен.	оба пола	муж.	жен.	оба пола
До 29 лет	0,5	1,2	0,8	0,3	0,3	0,0	0,1	0,5	0,3	0,4
От 30 до 39 лет	15,2	20,5	18,1	14,2	3,8	7,4	5,9	25,4	1,9	1,2
От 40 до 49 лет	83,7	48,7	60,0	48,8	11,7	5,6	7,5	46,5	2,2	15,5
От 50 до 59 лет	215,3	182,8	191,3	48,7	52,3	23,7	40,5	90,1	3,6	28,7
От 60 до 69 лет	451,9	276,6	324,9	53,8	51,2	33,5	38,6	144,9	13,4	49,4
От 70 лет и старше	299,7	154,1	187,1	22,3	85,7	93,8	110,7	72,1	11,4	24,0
Городских	—	—	54,1	21,6	—	—	13,9	—	—	7,5
Сельских	—	—	56,4	20,2	—	—	23,9	—	—	11,9
Всего	47,6	75,2	55,6	19,5	9,0	39,9	11,2	18,5	2,8	9,2

Возраст в годах	Рак грудн. железы	Рак пищевода			Рак легких			Рак прямой кишки		
	жен.	муж.	жен.	оба пола	муж.	жен.	оба пола	муж.	жен.	оба пола
До 29 лет	0,3	0	0	0	0,3	0	0,1	0,3	0,3	0,3
От 30 до 39 лет	16,8	2,5	0,9	1,6	1,3	0,9	1,6	2,5	1,9	2,1
От 40 до 49 лет	18,8	2,3	3,3	3,1	16,5	4,4	8,3	2,3	6,8	6,0
От 50 до 59 лет	29,7	23,3	9,5	13,5	55,2	5,8	21,1	0	3,6	1,7
От 60 до 69 лет	13,6	89,5	38,6	52,9	81,1	16,8	34,9	29,8	22,0	36,1
От 70 лет и старше	4,6	72,1	26,8	37,4	35,7	2,2	12,1	7,2	6,7	6,8
Городских	11,0	—	—	8,5	—	—	6,8	—	—	4,0
Сельских	6,8	—	—	6,0	—	—	4,8	—	—	2,3
Всего	8,1	7,9	5,8	6,8	9,2	2,7	5,5	2,1	3,5	2,9

У сельского населения заболеваемость раком желудка незначительно выше, чем у городского, а при раке кожи почти в два раза, при раке нижней губы в полтора раза выше, чем у городского. У городского населения несколько выше заболеваемость раком шейки матки, более чем в полтора раза выше раком грудной железы, раком легкого и раком прямой кишки, чем у сельского населения.

При сравнении заболеваемости злокачественными новообразованиями за десятилетний период, исходя из интенсивных показателей на 100 тысяч населения, отмечается тенденция к росту заболеваемости. В 1950 году этот показатель был равен 103,5, а в 1960 году он составил уже 117,4. (Наши данные в 1950 году почти совпадают с приводимыми данными за этот же год по РСФСР Е. В. Козловой — 104,2).

В таблице 3 отмечается рост заболеваемости как среди городского, так и среди сельского населения почти по всем основным локализациям. Из таблицы видно, что за десятилетний период заболеваемость раком легкого среди городского населения увеличилась более, чем в два раза. Также более, чем в два раза увеличилась заболеваемость раком кожи среди сельского населения.

Т а б л и ц а 3

Интенсивные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в Вологодской области в 1950 и 1960 гг. (основные локализации)

Локализации	Среди городского населения		Среди сельского населения	
	1950	1960 г.	1950 г.	1960 г.
Рак желудка	34,0	54,1	49,7	56,4
Рак шейки матки	17,3	21,6	29,6	20,17
Рак кожи	7,1	13,9	9,7	23,9
Рак нижней губы	5,0	7,5	12,8	11,9
Рак грудной железы	5,2	11,0	6,8	6,8
Рак пищевода	5,6	8,2	8,3	6,0
Рак легких	3,1	6,8	0,9	4,8
Рак прямой кишки	2,5	4,0	1,3	2,3

Примечание: Население учитывается по переписи 1959 года.

Основой эффективной противораковой борьбы является профилактика, без которой не может быть и речи о снижении заболеваемости.

Одним из основных направлений профилактики злокачественных опухолей является выявление и своевременное лечение предопухолевых заболеваний.

Основные формы предопухолевых процессов -- хронические заболевания желудка и шейки матки. Активное выявление этих хронических заболеваний достигается профилактическими осмотрами.

Профилактическим же осмотрам должна предшествовать санитарно-просветительная работа среди населения, освещающая цель и задачи проводимых мероприятий.

В условиях района следует практиковать двухэтапность проведения профилактических осмотров. На первом этапе проводится осмотр фельдшером и акушеркой двух рядом расположенных фельдшерско-акушерских медпунктов, выявляется вся патология, а выявленные больные берутся на списочный учет. На втором этапе, который следует сразу же за первым, выявленная группа больных осматривается повторно врачами районной больницы с целью уточнения диагноза и дальнейшего лечения, а если это необходимо, и направления сразу же в специализированное учреждение (онкологический диспансер, туберкулезный диспансер, областная больница и т. д.).

За последние пять лет (с 1958 по 1962 г.) при профилактических осмотрах на рак выявлено 0,11—0,15% онкологических больных и 7—8% больных с предраковыми заболеваниями от общего числа осмотренных.

Большое значение в профилактике рака женской половой сферы призваны играть смотровые кабинеты в поликлиниках и амбулаториях.

Рекомендуется всем врачам в стационарах, поликлиниках и амбулаториях, осматривающим больных женщин в возрасте старше 30 лет и мужчин старше 35 лет, которые обращаются по поводу других заболеваний, проводить индивидуальные профилактические осмотры, с целью выявления рака и предопухолевых заболеваний.

В комплексе профилактических мероприятий, направленных на борьбу со злокачественными новообразованиями, большое значение придается и диспансеризации больных с предопухолевыми заболеваниями. В первую очередь это касается больных с анацидным гастритом, язвенной болезнью желудка, полипозом желудка, эрозиями и полипами шейки матки и рядом других заболеваний.

Таким образом, для успешной борьбы с грозным недугом — раком необходима организация ежегодных профилактических осмотров населения (комплексных, индивидуальных) и диспансеризация больных с предопухолевыми заболеваниями.

Следующим из наиболее важных путей к улучшению онкологической помощи населению области является систематическое повышение квалификации врачей и средних медицинских работников общей лечебной сети, так называемое «воспитание онкологической настороженности». Конкретно это выливается в разборы протоколов запущенных случаев рака, обсуждение случаев трудной диагностики того или иного заболевания злокачественной опухолью. Ежегодно при онкологическом диспансере должны проводиться, в первую очередь для врачей терапевтов, хирургов и гинекологов, декадни, а на базе районных больниц курсы для фельдшеров по повышению онкологической грамотности.

Приходится еще наблюдать большое число умирающих от рака, которые не состояли при жизни на онкологическом учете, и регистрируются ЗАГСом по справкам медицинских работников. Иногда выясняется, что большому числу умерших, не состоявших при жизни на учете, как онкологических, диагноз после смерти ставился буквально «с потолка». Средний медицинский работник не имеет право самостоятельно выставлять посмертный диагноз злокачественной опухоли, без предварительного врачебного заключения.

Правильный учет онкологических больных служит основой для планирования онкологической помощи населению.

Выводы

1. При сравнении заболеваемости злокачественными опухолями в Вологодской области за десятилет-

ний период отмечается тенденция к росту заболеваемости.

2. Основными путями к снижению заболеваемости злокачественными новообразованиями являются профилактические осмотры населения, диспансеризация больных с предопухолевыми заболеваниями и повышение онкологической грамотности медицинских работников.

ПЕРВИЧНАЯ МНОЖЕСТВЕННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Г. И. ЗВЕРЕВ,

главный врач областного онкологического диспансера.

Одним из общих и малоизученных вопросов опухолевого роста является первичная множественность злокачественных опухолей.

Наше сообщение ставит своей целью привести статистические данные множественных опухолей по материалам Вологодского областного онкологического диспансера за последние 12 лет, а также привести некоторые характерные наблюдения.

Для отличия первичной множественности опухоли от метастазов достаточным является один признак — доказанная первичность опухоли, а не метастатическое происхождение ее. При этом следует руководствоваться основными закономерностями метастазирования.

Иногда несколько раков, развивающихся в желудке изолированно и имеющих одинаковое гистологическое строение, являются самостоятельными карциномами (А. В. Мельников). Новообразования, возникающие мультицентрически (болезнь Рустичко, лимфогрануломатоз и др.), за исключением очень редких случаев, к первичным множественным опухолям не относятся.

Орган, часто пораженный первичным раком, редко страдает вторичным. Этот закон Вирхова (цит. по Л. М. Ратнер), выдвинутый сто лет назад, остается поныне применимым для рака губы, пищевода, желудка, прямой кишки, матки и грудной железы.

Классификация множественных раков еще недостаточно разработана. По Н. Н. Петрову принято различать первичную множественность опухолей местную (т. е. в одной области тела) и раздельную (в разных органах), симметричную (чаще всего на лице), одновременную (синхронную) и последовательную (метахронную).

Частота возникновения множественных опухолей по разным авторам (отечественным и зарубежным) составляет от 0,32% до 5,5%.

По данным Ленинградского института онкологии (диссертация Е. А. Цель, 1947 г.) на 21 856 больных злокачественными новообразованиями возникновение первичных множественных опухолей было отмечено в 71 случае (0,32%).

По материалам Вологодского областного онкодиспансера, за последние 12 лет на 13 026 больных злокачественными новообразованиями первичные множественные опухоли встретились в 67 случаях, что составляет 0,51%.

Среди выявленных больных с первичными множественными новообразованиями мужчин было 40, женщин 27. По возрасту больные распределялись следующим образом:

П о л	В о з р а с т					
	до 29 лет	30—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60—69 лет	70 лет и старше
Мужчины	1	4	8	10	11	6
Женщины	1	3	5	9	4	5

Опухоли разных органов мы наблюдали у 48 больных; опухоли в одной области тела (местная первичная множественность) у 13 и симметричные опухоли у 6.

Синхронно возникшие первичные множественные новообразования на нашем материале наблюдались у 42 больных, а метахронно — у 25.

Опухоли, возникшие метахронно, через один год встретились у четырех больных, через 2 года — у двух, через 3 года — у восьми, через 4 года — у трех, через

6 лет — у трех, через 7 лет — у одного, через 12 лет — у одного и через 13 лет также у одного больного.

Первично множественные новообразования в желудке и рак желудка в сочетании со злокачественной опухолью наблюдались у 24 больных, в том числе: рак желудка и рак нижней губы у 7 больных, рак желудка и рак кожи у 4 больных, рак желудка и рак толстого кишечника у 3 больных, рак желудка и рак прямой кишки у 2 больных.

Первично-множественные раки кожи встретились на нашем материале у 7 больных, а рак кожи в сочетании с другими раковыми заболеваниями у 17, в том числе в сочетании с раком губы у 6 больных и в сочетании с раком матки у 3. Рак нижней губы в сочетании с другими локализациями злокачественной опухоли наблюдались в 17 случаях.

Иллюстрируем наше сообщение некоторыми примерами, вызывающими клинический интерес.

Наблюдение № 24. Больной Г., 59 лет, колхозник, 9 октября 1953 года произведена резекция желудка по поводу рака II стадии, гистологическое исследование — фиброзный рак. Через 5,5 месяца, 22 марта 1954 года у больного был обнаружен рак нижней губы II стадии. Произведено радикальное хирургическое лечение. Гистологическое заключение — плоскоклеточный рак нижней губы с ороговением и метастазами в подчелюстные лимфоузлы. Больной умер 17 декабря 1955 года от множественных метастазов рака нижней губы.

Наблюдение № 43. Больной Л., 68 лет (в 1960 году), колхозник, заболел первый раз раком кожи 50 лет назад в 18-летнем возрасте, лечился в 1912 году в Московской больнице раковых опухолей по поводу рака кожи с локализацией в левый височной области вблизи глаза. В 1925, 1939, 1942, 1946, 1948 гг. получил лечение по поводу рецидива в Москве, Ленинграде, Вологде. В 1948 году в Ленинграде по поводу рецидива произведена экзентерация левой глазницы. В 1957 году в Вологодском облонкодиспансере получил хирургическое и лучевое лечение по поводу первично-множественных опухолей кожи в области правой щеки, правого крыла носа, переносицы, правого надбровья, правого виска, подглазничной области

справа. Гистологическое исследование опухолей — базально-клеточный рак. В 1960 году лечился в стационаре г. Вологды омаиновой мазью по поводу рака кожи I стадии в области левого крыла носа, через три месяца наступил рецидив и опухоль была удалена хирургическим путем. В конце 1960 года произведено иссечение рака кожи на верхней губе.

Таким образом, на протяжении 50 лет рак кожи у данного больного возникал на лице в девяти различных точках.

Наблюдение № 46. Больной К., 54 лет, повар, в декабре 1957 года оперирован нами по поводу аденокарциномы слепой кишки. Перед этим 12 лет назад перенес операцию по поводу рака поперечно-ободочной кишки. Послеоперационный период осложнился перитонитом. Умер на седьмой день после операции. На секции была обнаружена нераспознанная во время операции и при обследовании опухоль сигмы — слизистый рак.

Выводы

1. Первичные множественные злокачественные новообразования, по материалам Вологодского облонкодиспансера, составляют 0,51% по отношению ко всем случаям заболеваний злокачественными опухолями.

2. Чаще всего среди первичных множественных злокачественных опухолей встречается рак желудка в сочетании с другими злокачественными опухолями и рак кожи; следующим на частоте — рак нижней губы.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕЛАНОМАМИ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

(По материалам Вологодского областного
онкологического диспансера)

Г. И. ЗВЕРЕВ,

главный врач областного онкологического диспансера.

Знакомство с представленным нами материалом по меланомам представляет интерес тем, что он не является результатом специального подбора больных с этим заболеванием, а отражает общую картину заболеваемости, диагностики и отдаленных результатов лечения этой нозологической единицы на территории Вологодской области за тринадцать лет.

За последние 13 лет (1948—1962 гг.) в области было выявлено 15 976 больных с злокачественными новообразованиями, из них с меланомами 51 человек, что составляет 0,3%. Наши данные совпадают со статистическим материалом Украинского центрального рентгено-радиологического института за 12-летний период (с 1924 по 1936 год), где на 13 465 больных со злокачественными опухолями прошло 38 больных с меланомами (по А. П. Шанину).

На нашем материале у 45 больных диагноз подтвержден гистологически, из 6 остальных больных 2 имели запущенную форму и 4 лечились только лучами Рентгена.

По полу и возрасту больные распределялись следующим образом:

Пол	Всего	До 19 лет	От 20	От 30	От 40	От 50	От 60	От 70
			до 29 лет	до 39 лет	до 49 лет	до 59 лет	до 69 лет	до 79 лет
Мужчины	23	2	2	5	3	3	4	4
Женщины	28	1	4	4	5	7	5	2

Распределение меланом по локализациям:		
Нижняя конечность	15	29,3%
Глаз	15	29,3%
Туловище	11	21,6%
Голова, шея, лицо	5	9,8%
Верхняя конечность	1	2,0%
Полость рта	1	2,0%
Прямая кишка	1	2,0%
Локализация опухоли не установлена	2	4,0%
Всего	51	100,0%

В 32 случаях локализацией меланомы была кожа. За рассматриваемый период рак кожи наблюдался нами у 1381 больного, следовательно, процент отношения меланом кожи к ракам кожи составляет 3,7. Этот процент является самым высоким, если сравнивать наши данные со статистическими данными, приводимыми А. П. Шаниным.

Из 32 случаев меланом кожи у 23 больных меланома появилась на месте пигментного образования, у 2 больных никакой связи с родимым пятном не установлено, а у остальных 7 больных связь с пигментным пятном относительна.

Клинический интерес представляет следующий случай.

Больная Ф., 25 лет, колхозница, отметила в 1948 году незаживающую язву на левой нижней конечности, в области пятки. В районной больнице в 1950 году язва была иссечена без последующего гистологического исследования. В 1956 году язва вновь появилась на этом же месте и была повторно иссечена. Снова гистологическое исследование не было произведено. Через 6 месяцев опять наступил рецидив и больная была направлена в облонкодиспансер, где госпитализирована для проведения комбинированного лечения по поводу меланомы. Через полтора года снова наступил рецидив заболевания и вновь проводилось комбинированное лечение: иссечение на месте первичного очага, удаление паховых лимфоузлов слева, послеоперационная рентгенотерапия на первичный очаг. Лечение было закончено 2 октября 1959 года, а через 7,5 месяца больная умерла в возрасте 37 лет от основного заболевания.

Диагностика меланом представляет значительные трудности. При меланоммах кожи диагноз перед лечением устанавливался правильно лишь в 50%. В последнем случае основными признаками озлокачествления родимого пятна считались следующие: усиление пигментации, появление трещин, изъязвление, краснота вокруг пятна, увеличение его размеров, появление вокруг пигментной сыпи.

Мы различаем две формы меланом: начальную и распространенную; деления на стадии не проводим.

Начальной формой меланомы считаем образование, не имеющее признаков местного или метастатического распространения.

Распространенная форма меланомы характеризуется признаками местной инфильтрации или диссеминации в покровах кожи или же поражением регионарных лимфоузлов, а также проявлением отдаленных метастазов.

На нашем материале у 44 больных мы встретились с начальной, а у 7 — с распространенной формой. Лечение было проведено 45 больным: комбинированное — 27, хирургическое — 14, лучевое — 4. Комбинированное лечение включало в себя иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, причем, как правило, граница иссечения от краев очага была в пределах до 3 сантиметров и более. После иссечения опухоли проводилось лучевое лечение. Регионарные лимфоузлы в большинстве случаев не удалялись.

Радикализм во всех случаях лечения, рекомендованный методическими указаниями, не соблюдался, а это, в свою очередь сказалось на отдаленных результатах лечения, которые являются у нас неутешительными.

После комбинированного способа лечения из 27 больных свыше трех лет живы 3, свыше двух лет живы 2, 9 больных живы более одного года; об одном больном сведений нет. Умерли после лечения через 2,5 года — 3; через год — 1 больной, через 6 месяцев — 2. Остальные 6 больных живут после лечения менее 1 года. Пятилетних наблюдений после комбинированного лечения мы не имеем.

После хирургического способа лечения одна больная живет одиннадцать лет. Было произведено иссече-

нпе опухоли в подбородочной области с широким захватом здоровых тканей (3 сантиметра и больше) и удаление регионарных лимфоузлов в подчелюстной области. Случай гистологически подтвержден. Три года жила одна больная; два года — один больной; один год жили трое, 5 месяцев — одна больная, 4 живут менее года; о двух больных сведений нет.

После лучевого способа лечения свыше 5 лет живет один (случай заболевания гистологически не подтвержден), 3 года жил один, 2 года и 1 год — по одному.

Больные, которым лечение не проводилось (6 человек), умерли в течение первого года после установления диагноза.

Таким образом, из 44 леченных больных свыше трех лет жили 7, 10 больных из этого же числа леченных в конце 1960 года и в 1961 году живы, но отдаленные результаты их лечения — дело будущего.

Интерес представляет группа больных, лечение которым проводилось уже при распространенной форме. Из четырех леченных 2 года живет один, 1 год — один, двое умерли через 1 год; 5 месяцев жила одна больная.

Выводы

1. Среди общего количества больных со злокачественными новообразованиями меланомы встречается в 0,3%. Отношение меланомы кожи к раку кожи составляет 1:30.

2. Чаще всего встречается меланомы кожи нижней конечности и меланомы глаз.

3. Отдаленные результаты лечения меланомы не являются утешительными. Поэтому борьба с этим заболеванием должна вестись по линии лечения больных с премеланотическими состояниями.

Даже незначительное отклонение от радикализма в лечении резко сказывается на отдаленных результатах в сторону ухудшения.

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Э. А. ЛУДЯНСКИИ, Т. А. КОРОТКАЯ

(Из Вологодской областной больницы,
главный врач В. П. Рубан)

Обобщение материалов областной больницы по клещевому энцефалиту еще не проводилось. Настоящее сообщение является первой попыткой изложить некоторые данные наблюдений над больными клещевым энцефалитом, находившимися на лечении в неврологическом отделении областной больницы. Следует отметить, что если в 50-х годах госпитализировались в основном больные с острой формой клещевого энцефалита, то начиная с 1959—1960 гг. все больший удельный вес приобретают больные с прогрессивной формой клещевого энцефалита.

Это сообщение основано на анализе 66 историй болезни больных клещевым энцефалитом, лечившихся в неврологическом отделении в 1957—1962 гг.

С острой формой клещевого энцефалита было 32 больных, с остаточными явлениями (полиомиелитический, полиоэнцефалитический синдром) 16, с прогрессивной формой — 18.

Остановимся на больных с острой формой клещевого энцефалита. Мужчин среди них было 15, женщин 17. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 4, от 21 до 40 лет — 18, от 41 до 60 лет — 10 больных. Старше 60 лет больных не было. Среди больных было работников лесной промышленности — 20, колхозников — 10, представителей интеллигенции — 2 человека. Укус клеща в мае был у 10 больных, в июне у 9, в июле у 6, в августе у 3 боль-

ных. Двое больных заболели после употребления молока. Двое больных укуса клеща не отмечали.

Больные поступали из следующих районов: Харовского — 7, Чебсарского, Верховажского, бывш. Кубено-Озерского по 4 человека, Грязовецкого, Белозерского и Сокольского по 3 человека. (Как видно, в основном из районов центральной части области).

Инкубационный период до 10 дней отмечался у 14 больных, до 15 дней — у трех, 22 дня — у одного; в основном равнялся 10—12 дней. У 14 больных, ввиду массивного поражения клещами, установить длительность инкубационного периода не представилось возможным. Заболевание начиналось у всех больных остро. Потеря сознания была у 24 больных, боли в мышцах у 20, резчайшая головная боль у 32, эпилептические припадки у 2, гиперкинезы у 8, парезы у 6 больных. Гиперкинезы у 6 больных были по типу миоклонус-эпилепсии, у двух по хореиформному типу. Появление гиперкинезов в остром периоде, по нашим наблюдениям, является плохим прогностическим признаком и ведет, как правило, к прогрессирующему течению заболевания.

У всех больных парезы локализовались в мышцах плечевого пояса (проксимальный тип).

Длительность лихорадочного периода до трех дней наблюдалось у 7 больных, от 3 до 7 дней — у 14, от 7 до 10 дней — у 10, свыше 10 до 15 — у 5 больных. У большинства больных (24) лихорадочный период длился 3—10 дней. Снижение температуры шло по литическому типу.

Менингеальные симптомы были найдены у 27 больных. Пятеро больных с легкой формой заболевания имели только косвенные менингеальные симптомы (симптом Бехтерева, болезненность глазных яблок при надавливании и т. д.).

У больных была выявлена некоторая лабильность артериального давления. Нормальное артериальное давление отмечалось у 16 больных, в пределах 170/100 мм ртутного столба у 6 больных, пониженное (90/60 мм ртутного столба) у 4 больных.

Ликвор вытекал под повышенным давлением (220—280 мм водного столба) у 24 больных, нормальное давление ликвора было у 8 больных. Белково-кле-

точная диссоциация найдена у 10 больных, повышение белка более 1% также у 10. Цитоз в основном был небольшим: только у 8 больных цитоз был больше 100/3, у двух больных достигал 300/3 и 400/3.

Лейкоцитоз (8000—11 000) был найден у 19 больных, лейкопения у 4 больных. 9 больных имели нормальное количество лейкоцитов. Ускоренное РОЭ (с максимальной цифрой 25) было у 10 больных.

При исследовании мочи у четырех больных выявлен белок (0,21—0,36%). У всех больных в осадке оксалаты, у 12 ураты, у трех фосфаты. Таким образом, у всех больных было нарушение солевого обмена.

В стационаре находилось до 40 дней — 11, от 41 до 60 дней — 10, свыше 60 дней (до 115) — 11 больных. На ВТЭК направлено 19 больных из 32. Таким образом, три пятых всех больных с острой формой клещевого энцефалита инвалидизировались в первые месяцы заболевания. Смерть от бульбарного паралича наступила у четырех больных.

Лечение проводилось по общим принципам терапии острого менингоэнцефалита: разгрузочные люмбальные пункции с выведением 10—25 мл ликвора, внутривенные инъекции гипертонических растворов глюкозы, уротропина, хлористого натрия, анальгетики, тонизирующие медикаменты. Всем больным была назначена серотерапия: гипериммунная поливалентная сыворотка 30,0 ежедневно три раза по Безредка.

Выздоровление наступило у 9 человек, различные степени декомпенсации — у 19, четверо больных умерло.

С полиомиэлитическим синдромом, как резидуальными явлениями острого периода, лечилось 16 больных. У всех заболевание начиналось с острой фазы. Затем больные отмечали появление онемения, покалывания или ломоты в области мышц плечевого пояса или проксимальных отделов верхних конечностей. На 4—5 день после острого начала появлялись парезы и параличи мышц проксимальных отделов верхних конечностей по вялому типу с атрофией, гипотонией, выпадением сухожильных рефлексов — нижнелопаточного, трицепитального и иногда бицепитального. Движения в плечевом суставе были ограничены из-за

атрофий мышц. У десяти больных появлялся симптом «вислой шеи» (поражение задней группы мышц шеи).

Обращает на себя внимание, что из 16 больных 12 были мужчины, которые до заболевания активно занимались физическим трудом, четверо больных женщин наблюдалось с полирадикулоневритической формой клещевого энцефалита; все они были работниками умственного труда.

Это наблюдение подтверждает мысль В. Н. Ключикова о причине избирательности поражения вирусом клещевого энцефалита клеток передних рогов спинного мозга, ведающих иннервацией верхних конечностей.

В. Н. Ключиков полагает, что мышцы плечевого пояса поражаются чаще, чем мышцы тазового пояса, потому что у человека имеется качественное изменение обмена веществ в мышцах рук. Наши больные, у которых руки больше участвуют в работе (лесная промышленность), в основном заболели полиомиэлитической формой клещевого энцефалита.

Однако делать окончательные выводы не представляется целесообразным из-за небольшого количества наблюдений.

Больные с полирадикулоневритической формой клещевого энцефалита высказывали жалобы на боли по ходу нервных стволов, онемение и парестезии в коже верхних конечностей. Боли, обычно жгучего характера, усиливались к вечеру, очевидно, имели характер вегетативных.

При осмотре у больных выявилась болезненность по ходу нервных стволов, гипер- или гипоалгезия с гиперпатическим оттенком, симптомы натяжения слабо положительны, умеренная атрофия мышц, снижение сухожильных рефлексов, нарушение трофики в виде сухости кожи, акроцианоза. У 8 из 10 больных этой группы, которым ставились реакции нейтрализации или торможения с вирусом клещевого энцефалита, положительный результат был в разведении 1 : 160 -- 1 : 640.

Лечение этой группой больных проводилось в плане повышения компенсации и уменьшения парабиоза в спинном мозге, улучшения проводимости импульсов по нерву, а также специфической серотерапии.

Для этого проводились инъекции 0,5% новокаина, 0,5% галантамина, нивалина, 0,05% прозерина. Организм обильно насыщался витаминами группы В и С. Также вводились секуринин, стрихнин, АТФ, глутаминовая кислота, метионин, липокаин.

Из физиопроцедур предпочтение отдавалось электрофорезу с дибазолом, новокаином, хлористым кальцием, диатермией, УВЧ на пораженные сегменты спинного мозга.

Всем больным назначался гамма-глобулин или специфическая вакцина по схеме Левкович, а также обязательно проводились массаж и лечебная физкультура.

Улучшение в виде увеличения объема движений и силы мышц, уменьшение болей наблюдалось у 12 больных. 8 больных находятся в стабильном состоянии.

Проводим для иллюстрации выписку из истории болезни:

Больная П., 36 лет, партийный работник, находилась на стационарном лечении с 21 марта по 7 мая 1963 года.

В анамнезе: острая форма клещевого энцефалита, менингеальный синдром, в мае 1957 года лечилась в областной больнице. Дважды лечилась на курортах с улучшением (уменьшение головных болей). Боли в плечевом поясе слева и в левой руке начали беспокоить с 1958 года, т. е. через год после острого периода. С февраля 1963 года присоединились боли в плечевом поясе. Стационарно больная не лечилась с 1957 года, кроме операции по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки.

В терапевтическом статусе рубец после лапаротомии в 1961 году. Тоны сердца приглушены. АД=100/70 мм ртутного столба. В неврологическом статусе патологии черепно-мозговых нервов не найдено. Гипоалгезия слева С₃--Д₄ и Д₇₋₈. Болезненность по ходу нервных стволов на шее и обеих руках до локтевой области. Гипотрофия мышц шеи сзади и частично левого плеча. Сухожильные рефлексы с рук снижены: нижнелопаточный, трицепитальный слева и трицепитальный справа. Гипотермия кистей, слева больше. Гипертрихоз левого предплечья.

Консультация терапевта — гастрит, оперированный желудок. Рентгеноскопия желудка — резецированный желудок по способу Бильрот-1 с хорошей функцией анастомоза, умеренно выраженный перигастрит. Исследование желудочного сока: общая кислотность 15—10, свободной соляной кислоты нет.

Анализ крови при поступлении: Эр — 4 200 000, гемоглобин 67%, РОЭ 5 мм/час, лейкоцитов 7000, эозинофиллы 2%, палочко-ядерные 3%, сегменты 71%, лимфоциты 21%, моноциты 3%.

Анализ мочи без патологии.

Реакция торможения гемагглютинации с антигеном клещевого энцефалита положительная 1 : 160.

На основании острой фазы клещевого энцефалита, нарастающего полирадикулоневритического синдрома, положительной реакции торможения, был поставлен диагноз прогрессивной формы, клещевого энцефалита, миэлополирадикулоневритического синдрома. Сопутствующий диагноз: хронический гипоацидный гастрит, оперированный желудок по Бильрот-1 с хорошей функцией анастомоза.

Проводимое лечение электрофорезом с дибазолом на воротниковую зону, иглотерапия N 15, преднизолон, никотиновая кислота, хвойные ванны, прозерин 0,05% — 1,0 подкожно N 12, особого эффекта не дали, пока не был введен гамма-глобулин против клещевого энцефалита 3,0 N 5 ежедневно. Боли в руках уменьшились. Введение через месяц вакцины против клещевого энцефалита 5,0 через 3 дня подкожно резко уменьшило болевой феномен.

Больная выписана с улучшением: динамометрия в руках увеличилась с 22 до 31 килограмма, боли уменьшились, вследствие чего нормализовался сон.

К третьей группе относятся 18 больных прогрессивной формой клещевого энцефалита, из них, с гиперкинезами 10, полиомиэлитической формой 2, шесть больных с синдромом бокового амиотрофического склероза.

Из 18 больных этой группы 13 показали положительную реакцию нейтрализации или торможения с вирусом клещевого энцефалита.

Гиперкинезы у трех больных были хореоформного, у 4 миоклонического типа.

У троих больных была Кожевниковская эпилепсия. Четверо больных неоднократно лечилось в клиниках Ярославля и Ленинграда. Трое больных с гиперкинезами получили курс пиротерапии (двое молоко, одна пирогенал плюс молоко). Следует отметить, что у больных значительно уменьшилась частота и интенсивность разрядов гиперкинеза.

Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни № 269.

Больная В., 28 лет, поступила на неврологическое отделение Вологодской областной больницы 18 января 1963 года на стационарное лечение с диагнозом: клещевой энцефалит, прогрессирующее течение, гиперкинетическая форма (Кожевниковская эпилепсия).

Жалобы при поступлении: головные боли, локализованные в затылочной и височной областях, боли по всему позвоночнику, усиливающиеся при движении, слабость в левых конечностях, клонические подергивания слева, припадки с потерей сознания, шаткая походка, самостоятельно почти не ходит.

Больная в 1957 году перенесла клещевой энцефалит, лечилась в районной больнице, в неврологическом отделении областной больницы; с декабря 1962 года ухудшение состояния.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Пульс 70 ударов в 1 минуту. Сердечные тоны приглушены. Артериальное давление 90/60 мм. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологически: слабость конвергенции, сглаженность правой носогубной складки, фибриллярные подергивания мышц языка. Укорочение левой ноги. Постоянный гиперкинез слева по гемитипу типа миоклоний и крупноразмахистого тремора. Атрофия левой руки и ноги, больше в проксимальных отделах. Тонус мышц несколько повышен в левой ноге. Коленные рефлексы повышены слева выше. Пальце-носовую пробу больная выполняет с интенционным дрожанием слева, коленно-пяточную пробу с элементами атаксии.

Кровь на реакцию Вассермана — отрицательная. Анализ крови: эритроциты — 4 300 000, гемоглобин — 70%, РОЭ — 4 мм/час, лейкоцитов 6300, эозинофилов — 0, сегментоядерных нейтрофилов — 70%.

лимфоцитов — 23%, моноцитов — 4%. Кальций крови — 9,0 мг%.

Спинальная жидкость: цитоз 11/3, 12/3, белок 0,33‰—0,38‰—0,20‰.

Кровь на торможение реакции гемагглютинации с антигеном вируса клещевого энцефалита — положительная 1:40, 1:80, 1:160. Количество остаточного азота 24,2 мг%.

Проведено лечение: лактотерапия — молоко 10,0 внутримышечно N 10, прозерин 0,05% — 1,0 N 20, алоэ 1,0 подкожно N 20, глюкоза 40% — 20,0 N 10, уротропин 40% — 5,0 N 9, кислород подкожно 100—200 см³ N 10, сернокислая магнезия 25% — 10,0 внутримышечно, таблетки Бехтерева, люминал, аскорбиновая кислота, электрофорез с КУ по Бургиньону, хвойно-валериановые ванны. Четыре раза больная дала реакцию на введение молока в виде повышения температуры до 38—39°, гиперемии лица, ознобы. Гиперкинез во время гипертермии совершенно прекращался.

Выписана 8 марта 1963 года с улучшением: миоклонические подергивания значительно уменьшились в объеме, больная заметно окрепла, ходит свободно, активна.

Интерес представляют шестеро больных с синдромом бокового амиотрофического склероза. У всех наличие этиологического агента подтверждено положительной реакцией торможения или нейтрализации. Течение заболевания этих больных постепенное. У 5 из 6 больных заболевание прослеживается до 4—5 лет. Ни у одного больного не было острой фазы клещевого энцефалита.

Клинические проявления характеризовались атрофией мышц больше в дистальном отделе, «когистой» кистью, паретической походкой, атрофии нередко захватывают и межреберные мышцы. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания чаще обнаруживались в мышцах плечевого пояса, грудной клетки, верхних конечностей. Сухожильные рефлексy высокие. Очень часто находим патологические стопные рефлексy. Нарушение трофики, кроме мышечной атрофии, проявляются в сухости кожи, чрезмерном выпадении волос, акроцианозе. Анализы крови, ликвора не показали особых сдвигов в сторону патологии.

Лечение проводилось серопренаратами, галантамином, прозеринном, витаминами В₁, В₁₂, В₆, секуринном, АТФ, метнионином, глютаминовой кислотой, камполоном, антианемином, трансфузиями крови, гидролизинном.

Трем больным проводилось лечение преднизолоном (0,25 на курс). Особого эффекта от гормонотерапии у этих больных нами не наблюдалось. Однако следует отметить, что больные чувствовали субъективное улучшение в виде укрепления походки. Сила в конечностях нарастала (данные динамометрии). Лечение проводилось курсами два курса в год. Можно предварительно сказать, что положительное влияние лечения сказывается на статусе этих больных.

Выводы

1. Острая форма клещевого энцефалита в Вологодской области протекает по типу менингеального, полирадикулоневритического и полиомиэлитического синдрома.

2. В последние годы увеличилась частота прогрессивных форм клещевого энцефалита (синдромы гиперкинетического и бокового амиотрофического склероза). Их связь с клещевым энцефалитом подтверждена иммунологически (положительная реакция торможения и нейтрализации) и клинически (длительное благоприятное течение).

3. В комплексе лечения обязательно должна быть включена специфическая терапия (сыворотка, гаммаглобулин, вакцина), как бы ни велик был срок после острой фазы.

Специфическая терапия нередко создает перелом в течении заболевания.

4. Первые наблюдения по пиротерапии прогрессивной гиперкинетической формы позволяют рекомендовать ее в комплексном лечении. Однако пиротерапия при гиперкинетических формах клещевого энцефалита требует проверки на большом материале.

РОЛЬ НЕИРОИНФЕКЦИИ И ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Э. А. ЛУДЯНСКИЙ

(Из Вологодской областной больницы, главный врач —
В. П. Рубан)

Проблема гипертонической болезни актуальна и полностью еще не решена.

За последние годы в литературе появилось несколько работ о роли нейроинфекции в патогенезе артериальной гипертонии (Д. Г. Шефер, С. И. Карчикян). Авторы полагают, что артериальная гипертония — один из симптомов энцефалита, поражающего гипоталамическую область и ретикулярную формацию с ее адренэргическими центрами. Кроме того, Б. П. Кушелевский с сотрудниками полагают, что травма центральной нервной системы имеет важное значение в механизме развития высокого артериального давления.

После травмы центральной нервной системы у многих больных развивается арахноидит, который нередко является следствием проникновения инфекционного агента через ослабленный гематоэнцефалитический барьер.

Известно, что диэнцефальная область является очень ранимой при различных экзогенных вредностях (травма, инфекция, интоксикация). Одной из первых реакций организма на чрезвычайный раздражитель (стрессор), по Г. Селье, является усиленное выделение адреналина с соответствующим повышением артериального давления. Ранее Г. Селье связывал стресс только с гуморально-эндокринной системой. В послед-

них же своих работах он несколько пересмотрел генез стресса и стал больше склоняться к примату нервной системы.

При консультации больных гипертонической болезнью в терапевтическом отделении нами нередко выявлялись довольно четко очерченные неврологические синдромы: альтернирующие стволовые, гидроцефальные (двухсторонние патологические стопные рефлексy в сочетании с разбросанным поражением черепно-мозговой инервации), диэнцефальные.

После подобных наблюдений изучение этого вопроса пошло по двум направлениям:

1) неврологический осмотр всех больных гипертонической болезнью, стационарированных в терапевтическом отделении;

2) динамическое наблюдение за артериальным давлением у больных неврологического отделения.

Кроме того, были изучены истории болезни неврологического отделения за 1960—1962 гг. Были отобраны истории болезни больных с травматической болезнью головного мозга, энцефалитами, арахноидитами с epileптиформными припадками и без них и рассеянным склерозом.

За три года через неврологическое отделение областной больницы прошло 1417 больных. Из них с травматической болезнью головного мозга 117, энцефалитами 64 (в том числе диэнцефалитами 20), арахноидитами 157, epileпсией 60, рассеянным склерозом 73, в том числе.

Всего больных этих групп 390. У большинства больных epileпсией, обследованных в отделении, был выявлен после пневмоэнцефалографии кистозный или слипчивый арахноидит. Поэтому больные с симптоматической epileпсией включены в общую группу больных с нейроинфекцией.

Из 117 больных травматической болезнью у 96 проведена пневмоэнцефалография, найден арахноидит у 85 больных. Таким образом, больных с теми или иными проявлениями нейроинфекции прошло через отделение 379. Повышенное артериальное давление обнаружено у 107 (26%).

За верхнюю границу нормы принималось в возрасте 21—40 лет 140/90 мм ртутного столба.

С максимальным систолическим:

до 240 мм — 12 больных,

до 200 мм — 18 » ,

до 180 мм — 48 » ,

до 160 мм — 12 » ,

до 150 мм — 18 » .

С максимальным диастолическим:

до 130 мм — 30 больных,

до 120 мм — 13 » ,

до 110 мм — 30 » ,

до 100 мм — 28 » .

Артериальное давление в основном повышалось не только за счет систолического (до 160—170 мм), но и диастолического (100—110 мм). Уровень артериальной гипертонии был довольно постоянным, несмотря на энергичную гипотензивную терапию (сернокислая магнезия, дибазол внутримышечно, резерпин и его аналоги, сосудорасширяющие типа таблеток по Кончаловскому, папаверин, эуфиллин и т. д.).

Распределение больных приводится в следующей таблице:

Таблица 1

Частота синдрома артериальной гипертонии среди обследованных больных

	Всего больных	Среди них арте- риальная гиперто- ния	Артериаль- ная гипер- тония была и до начала заболева- ния
Травматическая болезнь головного мозга	85	36	7
Энцефалиты	64	25	—
Инфекционные арахноидиты	97	18	2
Рассеянный склероз	73	14	—
Арахноидит с эпилепсией	60	14	2
Всего	379	167 (26%)	11

Анализируя данные таблицы, можно заметить, что большая часть больных с гипертоническими синдромами наблюдается среди больных с травматической болезнью головного мозга и энцефалитами.

Довольно много больных с гипертонической болезнью оказалось в группах с рассеянным склерозом

(14 из 73, каждый пятый), арахноидитом с эпилептическими припадками (14 из 60, каждый четвертый).

В связи с этим стоит назвать ряд работ, указывающих на связь эпилепсии с инсультами головного мозга, инфарктами сердца (Н. К. Боголепов, Б. Н. Маньковский, Н. К. Боголепов и Л. Г. Ерохина). Однако в этих работах не было проведено детального разбора связи синдрома артериальной гипер- или гипотонии с арахноидитами, осложненными эпилепсией.

При анализе историй болезни 60 больных эпилепсией, которым была проведена пневмоэнцефалография и тем самым рентгенологически подтвержден диагноз, выяснилось следующее: 12 больных отмечало, что перед и после эпилептического припадка у них повышалось артериальное давление.

На эту связь указывали И. М. Иценко, Я. М. Рагнер, Д. Г. Шефер, Е. Ф. Давиденкова-Кулькова в своих работах по диэнцефальной эпилепсии.

У наших 12 больных не было выявлено других симптомов поражений диэнцефальной области, кроме лабильности артериального давления. Вероятно, что эпилептогенная зона у этих больных находилась в диэнцефальной области, затем эпилептический разряд быстро генерализовался.

Следует думать о заинтересованности гипоталамической области и также ретикулярной формации в создании артериальной гипертонии. Это положение находит отражение в работах Б. С. Шкляра и П. К. Анохина.

В свое время Б. С. Шкляр предложил для лечения гипертонической болезни дозы 0,2—0,3 см³ адреналина, исходя из нередко наблюдавшегося парадоксального эффекта адреналина.

Экспериментальные данные лаборатории П. К. Анохина показали, что большие дозы адреналина, наоборот, понижают активность адренэргетических компонентов ретикулярной формации, что ведет к повышению артериального давления.

Нередко при профилактических осмотрах или на терапевтическом приеме выявляются молодые больные (15—17 лет) с очень высокими цифрами артериального давления (систолическое 240—220 мм, диастолическое 130/110 мм ртутного столба).

Характерно, что столь высокая артериальная гипертония у большей части этого контингента не дает субъективных проявлений в виде головных или сердечных болей. При детальном опросе и обследовании невропатологом у таких больных обязательно выявляется травма головы, или менингоэнцефалит в анамнезе.

Для иллюстрации приводится выписка из истории болезни.

Больная А., 17 лет, почтальон. Жалобы на резкие головные боли при перемене погоды. Во время поступления на работу был проведен профилактический осмотр, врач-терапевт обнаружила артериальное давление в пределах 240/120 мм ртутного столба, больная была госпитализирована в терапевтическое отделение, где был проведен полный курс гипотензивной терапии (сернокислая магнезия, резерпин, дибазол и т. д.) без особого эффекта.

В анамнезе: менингит в возрасте 12 лет и травма головного мозга с потерей сознания и последующей рвотой в возрасте 14 лет. По поводу травмы головы не лечилась.

При неврологическом обследовании — парез конвергенции, разница сухожильных рефлексов (слева выше), симптомы Бабинского и Россолимо слева, статическая атаксия, акрогипотермия. Слева рефлекторный дермографизм багровый, стойкий.

Люмбальная пункция — ликворное давление 440 мм водного столба, белок 0,66%, цитоз 10/3. Положительная реакция осаждения С-реактивного белка (8 мм). На пневмоэнцефалограмме — кистозно-слипчивый базальный арахноидит, сообщающаяся водянка.

Проба А. Е. Щербака (на нарушение терморегуляции) 37,1 гр. — 37,2 гр. — 37,1 гр.

На основании данных пневмоэнцефалограммы, локализации процесса, отягощенного анамнеза был поставлен диагноз: базальный кистозно-слипчивый арахноидит, сообщающаяся водянка, диэнцефальный синдром с симптоматической артериальной гипертонией.

По нашим наблюдениям, манифестация рассеянного склероза также может быть связана с гипертоническим кризом. Для иллюстрации приводится выписка из истории болезни:

Больной П., 18 лет, колхозник. Вначале в течение двух лет лечился по поводу невралгии. Затем появились кризы головной боли с подъемом артериального давления до 200/100 мм ртутного столба. Артериальное давление за время пребывания в стационаре держалось на уровне 200/100—180/90 мм. При обследовании в неврологическом отделении были найдены горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон, умеренная динамическая атаксия, промахивание в пальценосовой пробе слева с элементарными интенционным тремора.

Был поставлен диагноз: рассеянный склероз, энцефалитическая форма.

Затем под влиянием терапии артериальное давление снизилось до 150/90 мм ртутного столба. Катамнез в течение года показал, что в связи с новым рецидивом рассеянного склероза через 8 месяцев у больного вновь появилось артериальное давление до 180/100 мм.

В данном случае видна связь между артериальной гипертонией и рассеянным склерозом.

Вестибулярная форма эпидемического энцефалита также нередко начинается с подъема артериального давления. Больные стационарируются с диагнозом гипертонического криза. Только впоследствии, когда развертывается яркая картина вестибулярного энцефалита, врач ретроспективно связывает «гипертонические» кризы с началом заболевания. Обычная гипотензивная терапия при подобных кризах дает временный эффект.

Следует отметить, что при артериальной гипертонии вторичного характера уровень гипертонии обычно стабилен и довольно высок.

Чем объясняется столь стойкая артериальная гипертония симптоматического характера (арахноидит основания мозга)? Очевидно, имеется раздражение или сдавление диэнцефальной области, вследствие чего возникает очаг застойного возбуждения в сосудодвигательных зонах, которые можно отождествить с адренэргическими элементами ретикулярной формации.

Отрицательные эмоции по закону отрицательной индукции закрепляют эту доминанту.

По мнению Д. И. Панченко, важную роль в генезе гипертонического синдрома играет наследственная слабость сосудов, которая была выявлена по его наблюдениям у 45% больных гипертонической болезнью.

При детальной разработке анамнеза 86 больных травматической болезнью и арахноидитом с симптоматической гипертонией у 36 найдены у ближайших родственников головные боли, зябкость, похолодание дистальных отделов конечностей, мигрень, стенокардии, ревматизм и т. д., что говорит о наследственном дефекте сосудов.

Воздействие на артериальную гипертонию, как симптом неврологического церебрального заболевания (арахноидита энцефалита) проводилось в рамках комплексного лечения (противоинфекционный курс — антибиотики, сульфамиды, антигистаминные препараты, витамины, гормоны, дегидратация, препараты, действующие на ретикулярную формацию, аминазин, резерпин, их производные).

Большое значение в комплексном лечении придавалось физиотерапии: интраназальный электрофорез по Г. Н. Кассилю с новокаином, дибазолом, димедролом, электрофорез на воротниковую зону по А. Е. Щербаку с кальцием, дибазолом, магниезией, новокаином, бромом, электрофорез по Бургиньону с новокаином.

В комплексное лечение включались рассасывающие средства типа биохиноля, иодистого натрия, биостимуляторов. Этот курс проводился на фоне общеукрепляющей и гипотензивной терапии.

При подобном комплексном лечении удавалось добиться стабильного положительного эффекта. Из 66 больных, которым проводилось комплексное лечение, у половины давление крови снизилось до верхнего предела нормы.

При отсутствии терапевтического результата проводилось повторное лечение амбулаторно.

Хороший результат был достигнут бальнеологическим лечением в Сочи, Кемери, вологодской минеральной водой.

Выводы

1. Артериальная гипертония может быть вторичной и связана с арахноидитами, особенно базальными, энцефалитами, рассеянным склерозом.

2. Артериальная гипертония связана с поражением гипоталамической области, является одним из симптомов диэнцефального синдрома явного или скрытого.

3. Больные артериальной гипертонией, особенно в молодом возрасте, должны быть обследованы невропатологом.

4. При обнаружении нейроинфекции необходимо провести комплексное лечение.

5. Артериальная гипертония может быть одним из первых проявлений рассеянного склероза.

6. Наследственное предрасположение к сосудистой патологии имеет значение в формировании артериальной гипертонии после нейроинфекции и травмы головного мозга.

К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Э. А. ЛУДЯНСКИЙ

(Из Вологодской областной больницы, главный врач —
В. П. Рубан)

За семь лет применения иглорефлексотерапии в Советском Союзе эта разновидность рефлекторной терапии получила признание советской медицинской практики. Пропущенные через призму современных клинических и физиологических методов исследования достижения традиционной китайской медицины зажили новой жизнью.

Однако показания к применению иглорефлексотерапии в клинике неврологических заболеваний освещаются ориентировочно или в небольшой группе больных.

Целью нашего сообщения является обобщение некоторых наблюдений по применению иглорефлексотерапии в неврологической практике.

Нами изучалось действие иглорефлексотерапии и ее клиническая эффективность у больных, заболевания у которых чаще встречаются в практике поликлинического приема.

В процессе работы появляются более строгие очертания показаний к применению иглорефлексотерапии. В первом периоде применения нового терапевтического средства арсенал его показаний всегда широк, но с накоплением опыта он суживается.

Иглорефлексотерапия имеет преимущества перед другими методами рефлекторной терапии: отсутствие надобности сложной аппаратуры, возможность ло-

кального воздействия на рецепторное поле, малое количество противопоказаний.

Основываясь на опыте лечения 1010 больных различными неврологическими заболеваниями, нами сделана попытка наметить показания и противопоказания по этой группе, исходя из пяти видов воздействия иглорефлексотерапии на организм больного человека (Э. Д. Тыкочинская, 1961):

- 1) влияние на патогенетическую сущность заболевания;
- 2) нормализация и усиление защитных сил организма;
- 3) восстановление компенсационных возможностей;
- 4) изменение физиологического фона;
- 5) воздействие на отдельные симптомы заболевания.

Ниже приводится сводная таблица (см. табл. 1) группы, в которой иглоукалывание и прижигание применялось в качестве ведущего метода лечения.

В таблице цифра над чертой обозначает амбулаторных, а под чертой стационарных больных.

Под значительным улучшением понималось полное снятие симптомов заболевания с положительным катамнезом для больных невротами и вегетозами (И. И. Русецкий, 1959) до года, в графу «Улучшение» включались больные с неплохой нормализацией состояния или рецидивами невроза и вегетозов, возникшими в период менее года после курса. С временным улучшением были больные, у которых уменьшение клиники заболевания было временным или неполным. Больные с отсутствием клинического результата включены в графу «Без изменения»; ухудшения не наблюдалось.

Радикулиты, невриты

С заболеваниями периферической нервной системой без костной патологии лечился 181 больной. Влияние иглоукалывания заключается, очевидно, в снятии парабиотического очага в нервном стволе (Э. Д. Тыкочинская, 1961). Больные с патологией позвоночника выделены в отдельную группу. Курс лечения в основном проводился амбулаторно и состоял из 5—12 сеансов для острого и 20 сеансов для затянувшегося забо-

Таблица 1

Название заболевания	Всего больных	Результаты лечения				Итого
		знач. улучш.	улучш.	врем. улучш.	без улучш.	
Пояснично-крестцовые радикулиты без поражений позвоночника	181	96	29	12	0	137
		24	15	5	0	44
Неврит лицевого нерва	24	6	6	0	2	14
		5	3	0	2	0
Невралгия тройничного нерва	23	8	3	1	0	12
		6	4	1	0	11
Неврит лучевого нерва	14	6	2	3	0	11
		3	0	0	0	3
Плечевой плексит без периартрита	20	10	1	0	0	11
		3	4	1	1	9
Остаточные явления расстройства мозгового кровообращения (параличи)	37	6	8	1	2	17
		3	9	4	4	20
Вегетативные дистонии	24	6	4	2	0	12
		6	3	3	0	12
Мигрень	10	7	2	1	0	10
		0	0	0	0	0
Вегетозы (рвота, икота)	16	10	2	0	0	12
		4	0	0	0	4
Отек Квинке	5	5	0	0	0	5
		0	0	0	0	0
Неврастения	110	32	47	9	1	89
		6	9	2	4	21
Истерия	45	10	20	7	1	38
		2	2	3	0	7
Логоневрозы	11	4	4	2	1	11
		0	0	0	0	0
Недержание мочи	15	9	5	0	1	15
		0	0	0	0	0

Название заболевания	Всего больных	Результаты лечения				Итого
		знач. улучш.	улучш.	врем. улучш.	без улучш.	
Импотенция психогенная	32	$\frac{18}{0}$	$\frac{10}{0}$	$\frac{2}{0}$	$\frac{2}{0}$	$\frac{32}{0}$
Реактивные невроты	44	$\frac{40}{0}$	$\frac{4}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{44}{0}$
Послепункционные головные боли	32	$\frac{26}{0}$	$\frac{4}{0}$	$\frac{2}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{32}{0}$
Токсикоз первой половины беременности (рвота)	46	$\frac{46}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{46}{0}$
Таламические послеинфекционные боли	4	$\frac{3}{0}$	$\frac{1}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{4}{0}$
Астенический синдром	25	$\frac{19}{0}$	$\frac{4}{0}$	$\frac{2}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{25}{0}$
Психастения	12	$\frac{2}{0}$	$\frac{2}{0}$	$\frac{7}{0}$	$\frac{1}{0}$	$\frac{12}{0}$

лечения. Рецепт точек включал как местные, так и точки общего действия. Более быстрый эффект наблюдался при комбинации с иглоукалыванием на здоровой ноге возбуждающим методом. Из 181 больного с пояснично-крестцовым радикулитом без патологии позвоночника терапевтического результата не получено у 17. Таким образом эффективность равняется 91%, что совпадает с данными В. И. Дорониной (1958), Н. И. Гращенкова и сотр. (1959), В. М. Моевской (1959) и других авторов.

Следует отметить, что склонность к рецидивированию после иглотерапии меньше чем при других методах лечения. В рецепт включались точки фэн-ши, би-гуань, вей-чжун, кунь-лунь, цзе-си, цзу-сан-ли, ян-линь-цюань, ин-линь-цюань и др. У больных вначале уменьшался болевой феномен, увеличивался объем движений, затем уменьшались симптомы натяжения, нормализовались сухожильные рефлексy и вегетатив-

ная патология, наилучшие результаты получены при остром течении заболевания. При лечении подострого радикулоневрита часто после 2—4 сеансов появлялось обострение болей. Это показывало на перелом в течении заболевания. Чем раньше появлялось подобное обострение, тем более быстрого наступления улучшения следовало ожидать у больного. Подкрепляющие сеансы (Э. Д. Тыкочинская, 1961) в значительной мере пролонгируют терапевтический результат. Они проводились один раз в полтора-два месяца по 2—3 сеанса.

Среди больных невритом лицевого нерва 16 поступило на лечение в остром (до 1 месяца периоде), 4 — в подостром, у четырех давность процесса колебалась от 5 до 20 лет.

При лечении больных в остром периоде иглы вводились в пораженную половину лица возбуждающим, в здоровую — тормозным методом. Параллельно этому больные проводили массаж и лечебную физкультуру перед зеркалом. Из 16 больных полное восстановление наступило у 13, трем больным потребовалось для полного выздоровления провести курс противоишфекиционной или дегидратационной терапии.

Больные с подострым невритом обычно поступали в стационар после безуспешного амбулаторного лечения через 1—2 месяца после начала заболевания. В этих случаях курс иглотерапии удлинялся до 15—25 сеансов, большое внимание уделялось точкам общего действия (Р. М. Михайлова, 1960; Ю. Л. Горбулев, 1961).

У больных с большой давностью неврита удавалось уменьшить спазм мышц, добиться закрытия глаза, но почти не снимался перекося рта, т. е. не восстанавливались движения в области иннервации нижних ветвей лицевого нерва. Чаше наступали необратимые изменения в виде контрактуры мышц.

Невралгия тройничного нерва также показана для иглотерапии (О. В. Домогорова, 1959; В. И. Жигалов, 1959, М. А. Ахметов, 1960).

Необходимо выделить таких больных, у которых невралгия является проявлением базального арахноидита. При этом обязательно больному назначается комплексный курс лечения. При «чистой» невралгии

лучше проводить длительные сеансы (1—3 часа, а в стационаре и 4—5 часов). Боли успокаивались через 10—15 минут после введения игл и вновь появлялись через 1—1,5 часа после выведения игл, но обычно уже меньшей интенсивности. Курс иглорефлексотерапии состоял из 15—25 сеансов, вначале ежедневных, затем через день. В течение 4—6 месяцев проводилось поддерживающее лечение один раз в неделю даже при длительном отсутствии рецидивов. Полное выздоровление (положительный катамнез свыше двух лет) — у пяти больных из 23. Хороший терапевтический результат был получен у больных невритом лучевого нерва, особенно простудной этиологии. Применялись точки по ходу нерва, чередуя возбуждающий и тормозной методы, а также воздействие на точки второй боковой линии спины (да-чжу, гао-хуан, по-ху). Подобное сочетание точек применялось и при плексалгии плечевого сплетения без периартрита плечевого сустава.

Таким образом при заболеваниях периферической нервной системы можно добиться несомненного терапевтического результата. Наши данные совпадают с результатами В. И. Дорониной (1958), А. П. Касаткиной, З. М. Брянцевой (1958), Н. И. Гращенкова, Е. М. Боевой и сотр. (1959), И. И. Русецкого (1959), Г. А. Бобкова (1959), Э. Д. Тыкочинской (1960).

Сосудистые заболевания

По указанию китайских авторов (Вей Жу-шу, 1957, Ун Уин-цао, 1959), иглоукалывание в момент сосудистой церебральной катастрофы может остановить процесс. У нас имеется подобное же наблюдение.

Вызов к больной М., 43 лет, последовал через 2 часа после появления первых признаков гемипаралича при повышении артериального давления до 240/180 мм ртутного столба. В анамнезе — гипертоническая болезнь II степени. При осмотре — артериальное давление 180/100 мм ртутного столба, спастический паралич правой ноги, начавшийся спастический парез правой руки. Была введена игла в точку цзу-сан-ли справа первым вариантом тормозного метода с экспозицией 20 минут. Дополнительное раздражение осуществля-

лось подкручиванием иглы. Было отчетливо заметно уменьшение спастичности в ноге, восстановление полного объема движения. Артериальное давление снизилось до 160—90 мм. На второй день повторное подобное воздействие закрепило эффект.

К сожалению, редко невропатолог застаёт больного в состоянии инсульта, чаще больные поступают через 1—2 месяца и позже со сформировавшимися гемипараличами или парезом. Э. Д. Тыкочинская (1960) и А. Ф. Зеленина, А. Д. Михайлова (1960) лечили подобных больных с несомненным успехом.

Мы обобщили некоторые наши наблюдения по этой группе больных в предыдущих сообщениях (Э. А. Лудянский, 1959). Необходимо отметить, что применение игл только на стороне поражения затягивает выздоровление. Необходимо, воздействуя на здоровую сторону возбуждающим или первым вариантом тормозного метода, применять на пораженной стороне второй вариант тормозного метода. Очевидно, подобная рекомендация может быть объяснена воздействием как на пораженную гемисферу, так и на интактную с целью компенсации и создания новых двигательных связей.

Лечение иглоукалыванием сочетается с рассасывающими средствами, массажем. Нами также применялось введение в китайские точки на пораженной стороне (цюй-чи, шоу-сань-ли, хоу-си, цзу-сан-ли, цзе-си) аминазина в разведении 1:20 000—1:50 000 по 0,2—1,0 куб. см, используя указания Кравкова (1913) о парадоксальном действии малых доз лекарственного вещества и данные Роже де ла Фюи (1955), а также Е. Шрамм (1959). Курс проводился больным с отсутствием достаточного эффекта от иглоукалывания и прижигания и состоял из 10—15—20 сеансов ежедневно, затем 10 сеансов один раз в неделю (больные проходили амбулаторно).

Тонус мышц понижался, походка и мышечная сила улучшились, что совпадает с данными Е. Шрамм (1959), Э. Д. Тыкочинской, Е. Д. Зелениной (1960), А. Д. Михайловой.

Церебральные сосудистые дистонии также имеют явные показания для иглотерапии (И. И. Русецкий, 1959; Бишко, 1958). Поддерживающие курсы прово-

дились через месяц, второй и третий, а затем ежедневно в течение 6 месяцев.

Мигрень

Лечение мигрени иглотерапией привело к положительному терапевтическому результату у большинства больных, что совпадает с литературными данными (И. И. Русецкий, 1959; Н. И. Гращепков, Е. М. Боева и сотр., 1959; М. А. Чистякова и А. А. Бутакова, 1960).

При подборе рецепта сочетались точки воздействия на головную боль и усиливающие торможения, в частности, снимающие бессоницу (инь-тан, тай-янь, тоу-вей, бай-хуэй, да-чу, юй-ци, тун-ли, ней-тин, сань-инь-цзяо и др.). Нередко при выраженном улучшении больные засыпали на 5—6 сеансе. Курс состоял из 12—15 сеансов, поддерживающие сеансы (2—3) ежемесячно в течение 4—6 месяцев.

Вегетозы

При лечении вегетозов, сопровождающихся рвотой или икотой, иглоукалывание и прижигание оказывает подчас разительный результат. 14 больных выздоровели, у двух наступило значительное улучшение.

Исходя из того, что токсикозы беременности представляют также вегетоз, иглорефлексотерапия была применена при рвоте первой половины беременности. Применялись точки цзу-сан-ли, вай-гуань, чжоу-уван, тянь-шу, воздействие первым вариантом тормозного метода. Рвотный рефлекс становился слабее на первой — второй процедуре, затем исчезал; в среднем одна больная получала 3—2 сеанса.

Неукротимая рвота, как симптом функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, прекращалась у 80% всех лечившихся больных.

Привожу для иллюстрации выписку из истории болезни. Больной А., 32 лет, рабочий, подвергся лапаротомии по поводу неукротимой рвоты, но при ревизии органов брюшной полости патологических изменений не было найдено. Неукротимая рвота увеличивалась в интенсивности, рвотные движения следовали через 5—10 минут. При неврологическом исследова-

нии — резкое возбуждение вегетативной нервной системы, особенно парасимпатического отдела ее. Проведено три сеанса иглоукалывания в точки чжоу-уван, вай-гуань, цзу-сан-ли с обеих сторон вторым вариантом тормозного метода по 30 минут. После первого сеанса больной ночью спал, после второго сеанса рвота прекратилась. Катамнез в течение двух лет хороший.

Иглотерапия позволила нам снять головные боли после люмбальной пункции у 26 больных из 32 и уменьшить у четырех. Воздействие иглами производилось на симметричные точки головы (тоу-вей, тай-янь, сан-цзы-кун, сы-бай), верхних (цюй-чи, юй-ци) и нижних конечностей (янь-линь-цюань, цзу-сан-ли, ней-тин) первым или вторым вариантами тормозного метода. Очевидно, воздействуя через точки, находящиеся в зоне тройничного нерва, снимается перевозбуждение рецепторов мозговых оболочек, как известно, иннервируемых этим же нервом. Отсутствие результата отмечено у больных с тяжелым течением основного заболевания. Но в этих случаях следует пробовать иглоукалывание как метод лечения, изменяющий реактивность организма.

Вегетативные боли таламического характера, нередко возникающие при энцефало-полирадикулоневритах, значительно уменьшились в своей интенсивности у 3 из 4 больных. Иглы вводились по срединной и первой боковой линиям спины, т. е. в зоне симпатических стволов первым и вторым вариантами тормозного метода с экспозицией 15—60 минут.

Хуже снимаются боли типа каузалгии и фантомные.

Недержание мочи

В рецепт обязательно включались точки мин-мэнь и хуан-тяо, а также точки меридиана мочевого пузыря. Курс состоял из 7—10 сеансов первым-вторым вариантами тормозного метода. При рецидивах энуреза проводилось иглоукалывание 1—2 раза в месяц в точки мин-мэнь, сан-инь-цзяо. Когда на рентгенограмме позвоночника выявлялось раздвоение дужки позвонка, более выраженный результат проявлялся при сочетании иглорефлексотерапии и облучения по-

яснично-крестцовой области субэритемными дозами ультрафиолетовых лучей 5—6 сеансов ежедневно. Я. К. Кашмель (1961) при этом методе также получил хорошие результаты у 24 из 30 больных ночным энурезом.

Логоневроз

Бóльшего эффекта удалось добиться при свежих заболеваниях (после травмы головы, психотравмы и т. д.). У больных с большой давностью заболевания и тоническим компонентом затруднения речи лечение логоневроза не дало ожидаемых результатов. Однако следует указать, что даже у больных с фиксацией в головном мозгу навязчивых движений пускового типа при начале акта речи иглотерапия приносит стойкое облегчение. Шестеро больных, с навязчивыми движениями (хлопанье в ладоши, поглаживание по голове и др.) после 2—3 курсов иглотерапии получили бóльшую возможность общения с людьми, что подтверждено 12—20-месячным катамнезом. Почти все больные параллельно проделывали словесную гимнастику в виде скороговорок, пения. Текстом для контроля эффективности лечения являлись скороговорки или фразы с наличием трудных для больного звуков. Очень эффективна точка цзань-цзинь-ю-е, точки чжен-цзян, хоу-си (при тонических элементах логоневроза), а также все точки общего действия или точки, укрепляющие тонус нервной системы (срединные линии).

К группе больных с реактивными состояниями были отнесены все обращающиеся после психотравм и психогенных ситуаций, но без явлений невроза или психоза. Таким больным проводилось иглоукалывание типа «скорой помощи», учитывая фон нервной системы. При излишнем возбуждении давалось слабое раздражение в точки общего действия, линии тройного согревателя и печени. При заторможенности, вялости, безразличии, наоборот, применялось сильное раздражение (тормозной метод). Однако необходимо учитывать степень заторможенности организма, чтобы не вызывать углубления торможения. Рецепт состоял из 2—3 точек вышеуказанного действия и 2—3 точек симптоматического характера. Обычно эф-

фект, если он достигался, сказывался после 2—3 сеансов. У больных появлялось улучшение сна, даже сонливость, улучшались настроение, аппетит, работоспособность. Целесообразно применений у обеих групп больных точек, применяемых при бессоннице. Очевидно, эти точки нормализуют силу торможения.

Неврастения

Наилучшие результаты получены при лечении больных в гиперстенической фазе с кардиалгическим, астеническим синдромами. Для лечения многих больных достаточно было 8—12 сеансов в точки общего действия, срединных линий, симптоматического назначения при бессоннице, головных болях, болях в сердце и т. д. В этой группе больных чаще всего психотравма была в прошлом.

Клинико-физиологические тесты показали полную нормализацию высшей нервной деятельности, вегетативной нервной системы, обменных процессов, морфологического состава крови у большинства больных этой группы, что совпало с клиническим результатом.

Несколько хуже результаты в фазе раздражительной слабости, что возможно зависит от более глубоких нарушений высшей нервной деятельности. Однако нормализация эмоционального фона, повышение работоспособности, улучшение самочувствия, уменьшение нарушений деятельности внутренних органов характерно сопровождали ход иглорефлексотерапии и в этой фазе неврастении.

Сравнительно хуже удавалось добиться значительного улучшения иглорефлексотерапией у больных гипостенической фазой неврастении. И это очевидно, объясняется влиянием присоединившихся соматических заболеваний (гепатохолецистит, гастрит, миокардиосклероз и т. д.). В подобных случаях обязательно проводилась комплексная терапия как невроза — иглоукалыванием, так и сопутствующего заболевания — терапевтическим комплексом на фоне обильной витаминизации организма. Проводя подобное комплексное лечение, можно добиться успеха и в тяжелых формах гипостенической фазы неврасте-

нии. Но при этом не ясно, что помогает больному. Можно отметить, что иглоукалывание меняет реактивность организма, фон нервной системы. Подобное положение вытекает из наших наблюдений за реактивностью кожного анализатора путем определения fotocувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам. В начале курса иглотерапии реактивность кожи чаще была пониженной, фазово реагировала на облучение ультрафиолетовыми лучами (6 полосок бледной эритемы или 1—2 полоски яркой эритемы). Под влиянием иглотерапии реактивность кожи нормализовалась, имела тенденцию к норме или значительно превышала ее. Интересно, что даже во время одного сеанса увеличивалась интенсивность окраски эритемы, уменьшаясь через 3—4 часа после удаления игл.

Таким образом, иглоукалывание и прижигание показаны при фазах неврастения гиперстенической и раздражительной слабости. При гипостенической фазе целесообразнее проводить иглорефлексотерапию в комплексе с другими методами лечения. О положительных результатах при лечении неврастения, однако, не разделяя ее на фазы, сообщают Н. И. Гращенков, Г. Н. Кассиль, М. К. Усова, А. М. Вейн, Н. А. Ильина, Б. Н. Каменецкая, Е. М. Мельникова (1959), И. И. Русецкий (1959), В. Г. Вогралик (1961) и др.

Астенический синдром

В эту группу вошли больные с неврастеническими или неврозоподобными явлениями, возникшими вследствие соматических заболеваний, инфекций. Иглоукалывание проводилось подобно лечению неврастения. При основном заболевании, закончившемся к началу курса иглотерапии, терапевтический результат был очень хорошим.

Эффективность лечения была ниже при продолжающемся ведущем заболевании. В последнем случае чаще проводился комплексный курс лечения. Например, на головные боли как симптом астенического синдрома травматической болезни, удавалось воздействовать иглорефлексотерапией. Для лечения самой травматической болезни применялись другие методы лечения. В данном случае иглорефлексотерапия име-

ла два значения — влияние на повышение компенсаторных функций организма и симптоматическое.

Импотенция

Это заболевание чаще является одним из синдромов функционального расстройства нервной системы. При лечении этого страдания применялись, помимо точек общего действия, точки нижней половины живота (гуань-юань, ци-хай), поясничной области (мин-мэнь, сань-цзяо-юй и др.), ног (цзу-сан-ли, цзе-си и др.). У половины больных наступило выздоровление; только четверем из 32 пришлось применить другие методы лечения. Очевидно, иглорефлексотерапия, кроме нормализации общего тонуса нервной системы, оказывает депарабиотизирующее действие на сексуальные спинальные центры.

Сообщения о лечении импотенции Л. Я. Мильмана (1960), Н. Н. Просвириной, Г. А. Брушневской (1961) показывают, что авторы получили обнадеживающие результаты.

Истерический невроз

Истерический невроз показан для проведения иглорефлексотерапии (кафедра неврологии Шаньдунского мед. института, 1959, и др.).

Клиническая эффективность этого метода лечения меньше, чем при неврастении. Она выше у больных истерическим неврозом с выраженным возбуждением эмоциональной сферы. Истерические симптомы (парезы, припадки, мутизм) нам удавалось уменьшать иглоукалыванием в точки чжень-цзянь, шэньмай, цзу-сан-ли, да-чу, хоу-си возбуждающим методом, чаще вторым вариантом. Последующая психотравматизация вызывала нередко рецидив симптома, который протекал все же мягче и лучше поддавался терапии. Больные указывали, что им легче справиться с «обидами» и «невзгодами жизни».

Повторные подкрепляющие курсы (один раз в 1—2 месяца в течение полутора-двух лет) значительно помогли больным, сделали их более трудоспособными.

Больная П., учительница. Диагноз — истерический невроз с кардиалгией. За два года до курса иглотерапии была на больничном листе 107 дней. После курса иглотерапии в октябре 1959 года и поддерживающих курсов в апреле и ноябре 1960 года, в марте 1961 года пребывание на больничном листе ограничилось 12 днями, т. е. уменьшилось в девять раз.

Подобный контингент больных (с неврозами типа неврастении и истерии) составляет значительную часть посещений поликлинической сети. Поэтому применение иглоукалывания и прижигания, хотя и не снимает психогенную причину, но повышает устойчивость больных.

Мало выраженный терапевтический результат был получен у больных истерией с ипохондрическими фиксациями. Больные с истерией психопатического типа не получали облегчения от иглорефлексотерапии, кроме временного улучшения сна, снятия головных болей, до ближайшего конфликта.

Психастения и невроз навязчивых состояний

Лечение проводилось в основном больным с неврозом навязчивых состояний. Путем повышения компенсаторных свойств и нормализации исходного фона нервной системы удавалось у части больных несколько уменьшить навязчивость.

Больной Д., пенсионер, II группа инвалидности. Невроз навязчивых состояний возник после того, как у него диагностировали инфаркт миокарда. Больной четыре месяца не выходил из комнаты, боясь приступа стенокардии. По той же причине по улицам ходил с женой. Было проведено четыре курса иглорефлексотерапии с марта 1959 по август 1960 года. Стал ходить без сопровождающих и сделал попытку вернуться на прежнюю работу, правда, неудачно.

Длительное и настойчивое лечение у некоторых больных этой группы позволяют надеяться на некоторый успех.

Климактерический невроз

Больные этой группы — частые посетители поликлиник и стационаров. Поэтому оздоровление их —

помощь женщине безболезненно пройти критический период жизни — имеет большое практическое значение. (Р. Г. Лурье, 1961; С. А. Гринберг, 1960).

Иглотерапия проводилась для повышения компенсаторных возможностей нервной системы и нормализации реактивности организма. Применялись точки общего действия (основная часть сочетания точек) и симптоматические (по жалобам). Большое значение имеют поддерживающие сеансы, которые один-два раза в неделю проводились в течение 1—2 месяцев, а затем один раз в месяц еще 2—3 месяца. Основной курс 15—20 сеансов.

Особенность методики заключалась в правильном сочетании воздействия на точки возбуждающим и тормозным методами. Большую часть может оказать простой метод определения реактивности кожного анализатора путем изучения fotocувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам, о чем уже говорилось выше.

Таблица 2

Название заболевания	Всего больных	Результаты лечения			
		значит. улучш.	улучш.	времен. улучш.	без улучш.
Вторичный пояснично-крестцовый радикулит	156	42	64	37	13
Головные боли (арахноидит, энцефалит)	25	14	4	5	2
Вегетативные боли (сирингомиелия)	11	2	3	4	2
Рассеянный склероз	3	0	0	1	2
Миопатия	4	0	2	0	2
Эпилепсия	12	0	3	6	3
Синдром тазовых расстройств (миэлит, сирингомиелия)	6	3	1	1	1
Паркинсонизм после энцефалита	14	7	3	2	2
Диэнцефальные кризы	26	6	5	9	6
Всего	257	74	85	65	33

Далее, мы переходим к рассмотрению эффективности и иглорефлексотерапии у больных неврологическими заболеваниями, где этот метод не является ведущим. Сводка результатов дана в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что больных, прошедших курс иглорефлексотерапии, с применением других методов было 257. В подобных случаях иглорефлексотерапия применялась для изменения фона нервной системы и снятия отдельных симптомов. Заключение о терапевтическом результате иглорефлексотерапии является, конечно, относительным, т. к. наслаивается влияние других методов лечения. Стоит, однако, отметить, что уменьшение выраженности синдромов, указанных в таблице, происходит за счет иглорефлексотерапии, т. к. применение других средств до курса иглоукалывания и прижигания не дало должного эффекта.

У больных, страдающих вторично пояснично-крестцовым радикулитом на фоне спондилеза, спондилоартрита, облитерирующего эндоартериита, основной упор в комплексе лечения делался на физиотерапевтические и медикаментозные средства. Иглоукалывание, нормализуя функциональное состояние коры больших полушарий, подкорковых центров снижало восприимчивость к боли, давало разгрузку корково-подкорковым чувствительным центрам. Кроме того, уменьшалось парабиотическое состояние нервных стволов.

Сочетание точек составлялось по тому же принципу, что и при первичном радикулоневрите. Число сеансов было больше. Следует отметить, что частота рецидивов у больных с вторичными радикулитами, лечившихся иглотерапией, меньше, чем в подобной группе у непринимавших этот вид лечения. Возможно, что повышается порог возбудимости нервного волокна к внешним раздражителям.

Головные боли при энцефалитах и церебральных арахноидитах уменьшались при иглорефлексотерапии у двух третей больных. Китайские и индийские авторы указывают на применение иглотерапии, как патогенического средства при энцефалите. Применялись точки местные в области крупных сосудов (тай-янь, тоу-вей), срединные точки головы, точки общего действия на конечностях. При церебральных арахноиди-

тах успешно было применено сочетание точек инь-тан, чжен-цзян, тай-янь, цзу-сан-ли, ней-тин с воздействием вторым вариантом тормозного метода.

Вегетативные боли у больных сирингомиелией нередко притуплялись иглоукальванием в точки цюй-чи, цзу-сан-ли, фэн-ши, тун-ли, лин-дао и др. Иглы вводились тормозным методом на 30—90 минут. Через сутки-двой боли вновь усиливались, если лечение прекращалось. Поэтому комбинированное лечение 40% глюкозой, 10% хлористым кальцием, иглоукальванием, глубокой рентгенотерапией давало лучший эффект, чем каждый из методов в отдельности.

Лечение больных рассеянным склерозом не дало ощутимых результатов. У двух больных миопатией (из четырех) после курса иглотерапии, наступило субъективное улучшение; повышение бодрости, уменьшение раздражительности, улучшение сна. Объем движений не изменился. Следовательно, иглорефлексотерапия лишь улучшила функциональное состояние нервной системы.

Применение иглоукальвания при эпилепсии требует длительного и настойчивого лечения. Большой эффект достигается у больных с большими припадками; они становятся реже.

Расстройства тазовых резервуаров при сирингомиелии и миелитах довольно успешно уменьшились иглотерапией у 4 из 6 больных. При недержании мочи применялись точки по средней линии живота, линии мочевого пузыря возбуждающим методом. При задержке мочи применялось сочетание возбуждающего и тормозного методов. Это совпадает с данными Я. М. Балабана (1961).

В схеме лечения диэнцефального синдрома иглорефлексотерапия занимает должное место, как меняющая фон нервной деятельности и нормализующая состояние высших обменных центров.

Нами было применено введение малых доз амиनाзина 1 : 20 000 — 1 : 50 000 по 0,2—0,8 мл в точки цюй-чи, шоу-сань-ли, хоу-си на руках, цзу-сан-ли, цзе-си, кунь-лунь на ногах при послеэнцефалитическом паркинсонизме с положительным результатом. У больных уменьшалась скованность, брадикинезия. Объем движений явно увеличивался, гиперкинезы

сглаживались и исчезали на длительные периоды (до 5—6 месяцев). Из 14 больных, которым было проведено подобное лечение, 10 показали улучшение. Курс состоял из 15—25 сеансов.

При введении аминазина вне точек воздействия терапевтический результат был значительно бледнее.

В случаях болезни Паркинсона терапевтический результат быстро (за 3—4 недели) сглаживался. Однако больные сохраняли полученную возможность передвижений.

Выводы

Иглоукальвание и прижигание можно использовать как лечебный метод при многих неврологических заболеваниях.

Патогенетическое действие иглорефлексотерапии обуславливает ее применение при невралгиях тройничного нерва, невритах лицевого нерва, брахио-плексалгиях и брахио-плекситах, моновритах нервов плечевого сплетения, межреберных невралгиях, пояснично-крестцовых радикулитах, фуникулонеуритах, шиасах без заболеваний позвоночника или сосудов нижних конечностей, а также в комплексном лечении вторичных радикулитов. Патогенетически обосновано лечение неврастении в фазах гиперстенической и раздражительной слабости, психогенной импотенции, мигреней, вегетозов с рвотными и ангиоспастическими синдромами.

Обобщая наблюдения по этой группе заболеваний, можно отметить эффективность иглорефлексотерапии при всех нервных болезнях, имеющих в патогенезе вегетативно-аллергический компонент. С целью повысить компенсаторные свойства организма иглоукальвание может быть применено при вялых и спастических параличах, истерическом неврозе, гипостенической фазе неврастении, логоневрозе, недержании мочи. Для этого же служит введение в точки воздействия малых доз аминазина при паркинсонизме.

Для изменений исходного фона нервной системы иглорефлексотерапия применяется при всех неврозах, в том числе психастении, астенических состояниях, климаксе, диэнцефальных кризах, реактивных состояниях. Для нормализации реактивности и повышения

защитных свойств организма иглорефлексотерапия показана при неврозах, энцефалитах и арахноидитах, послеопуноционных головных болях, травматической болезни головного мозга.

Иглоукальвание входит как симптоматический метод лечения в комплексе лечебных мероприятий для снятия болевого феномена, при синингомиеэлии, энцефало-полирадикулоневритах, восстановления функции тазовых органов при миэлиитах и синингомиеэлии, для уменьшения частоты и силы припадков у эпилептиков.

Таким образом, иглорефлексотерапия имеет свой круг заболеваний, при которых она оказалась эффективной. Ни в коем случае не следует принимать иглорефлексотерапию за метод типа панацеи. В настоящее время задачи перед врачами, занимающимися иглорефлексотерапией изменились. Кончился период изучения и ознакомления с методом иглорефлексотерапии в целом, наступило уточнение методики иглорефлексотерапии при отдельных неврологических заболеваниях и синдромах.

О ЗНАЧЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ДАНЫХ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФОРМ И СТАДИЙ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИТА

А. А. МЕЛОДИЕВ

(Из Ленинградского гос. научно-исследовательского
психоневрологического института им. В. М. Бехтерева)

Современная медицина пришла к единому взгляду на облитерирующий эндартерит, как системное нейро-сосудистое заболевание, при котором в патологический процесс вовлекается весь организм. Функциональные и морфологические (структурные) изменения могут наступать во всех системах органов, в частности, костной.

Локальные поражения конечностей, чаще нижних, выступают в большинстве случаев на первый план. Поэтому представляет известный интерес рентгенологическое изучение структурных изменений в скелете конечностей. Этот вопрос изучался рядом авторов (Л. А. Збыковская, З. А. Данилко, А. Ф. Вербов и С. А. Духан и др.). Их исследования установили наличие значительных костных изменений при различных формах облитерирующего эндартерита.

Л. А. Збыковская (1951) указывает на остеопороз в костях конечностей при облитерирующем эндартерите, тем сильнее выраженный, чем больше давность заболевания и тяжелее форма сосудистой декомпенсации.

По наблюдениям З. А. Данилко (1950) при облитерирующем эндартерите чаще наступает пятнистый остеопороз большого пальца. Автор считает, что костные изменения пропорциональны степени некротиза-

ции мягких тканей, продолжительности заболевания и выраженности ишемического неврита.

А. Ф. Вербов и С. А. Духан (1957) пришли к выводу, что костные изменения при облитерирующем эндартериите носят не только реактивный, но и деструктивный характер. При исследовании дистальных отделов концевых фаланг пальцев стоп ими найдены разлитой остеопороз, микроостеонекроз и микроостеослиз.

Основываясь на вышеуказанном, мы поставили задачей нашего исследования изучение значения рентгенографических данных для дифференциальной диагностики форм и стадий облитерирующего эндартериита.

Клинико-рентгенологические исследования проведены на 151 больном облитерирующим эндартериитом. Из них с ангионеврогенной формой было 60 человек, атеросклеротической — 64 и тромбангитической — 27 (по классификации Э. Д. Тыкочинской, 1950). Большинство больных (143) после осмотра и клинического обследования было отнесено к I и II стадиям заболевания.

Обзорная рентгенография стоп и голеней позволила у 14 из 64 больных атеросклеротической формой облитерирующего эндартериита выявить в той или иной степени медиакальциноз артериальных стенок. В 8 из этих 14 случаев, сомнительных в дифференциально-диагностическом отношении, выявление теней обызвествленных артерий помогло в установлении атеросклеротической формы заболевания.

У 122 больных в I и II стадиях облитерирующего эндартериита были найдены в различной степени выраженные явления rareфикации костей в скелете дистальных отделов конечностей: истончение и частичное исчезновение пластинок спонгиозного вещества и разволокнение и истончение компактного вещества. В результате трофоневротических нарушений при облитерирующих заболеваниях сосудов конечностей и снижения в той или иной степени опорной функции кости общее количество костных балок и трабекул уменьшается. При этом более сохраняются костные пластинки, располагающиеся по основным силовым линиям, что создает кажущуюся картину относитель-

ной «гипертрофии» спонгиозного вещества на отдельных участках. Увеличиваются размеры ячеек губчатого вещества, межтрабекулярные пространства расширяются, кортикальный слой истончается и местами спонгиозируется, в результате чего ширина костномозгового пространства также увеличивается. Последние изменения были отмечены у 17 больных.

Описанные признаки остеопороза в наблюдавшихся нами случаях имели место при всех формах эндартериита, однако они были выражены глубже при ангионеврогенной и тромбангиитической формах, чем при атеросклеротической. Лишь в более поздних стадиях сосудистой недостаточности при атеросклеротической форме наступали выраженные дистрофические расстройства в скелете дистальных отделов конечностей.

У 29 из 151 больного (19%) нам не удалось отметить сколько-нибудь значительных явлений остеопороза. Из них 19 были с первой стадией атеросклеротической формы. Как правило, у больных с дистрофическими нарушениями в костях степень выраженности костных изменений находилась в прямом соотношении с интенсивностью болевого синдрома и повышением артериального тонуса. Это еще раз подтверждает трофический генез изменений в структуре костного вещества.

Нередко практическое разграничение I и II, II и III стадий облитерирующего эндартериита затруднено отсутствием четких клинических признаков со стороны мягких тканей пораженных конечностей (дистрофические нарушения, некроз, язвы и т. п.). Рентгенологические исследования при этом помогают судить о глубине трофических нарушений и в какой-то мере характеризовать стадию процесса. Так, в норме склерозированный компактный слой суставной впадины в динамике остеопороза расщепляется на две тонкие, параллельные друг другу пластинки, между которыми располагается слой спонгиозированного вещества.

Эти изменения мы находили у больных во II стадии заболевания. В дальнейшем сохраняется лишь субхондральная пластинка, а дистальная спонгиозируется (III стадия).

Наши наблюдения подтверждают данные других авторов относительно наступающих в костях явлений деструкции при облитерирующем эндартериите. Признаки остеонекроза и асептического остеолиза обнаружены у 26 больных. Деструктивные проявления при эндартериите более свойственны ангионеврогенной и тромбангиогической формам, начиная со II стадии. В зависимости от выраженности процесса на рентгенограммах находили признаки микроостеонекроза и микроостеолиза или значительный асептический остеолиз концевых фаланг стоп в сочетании с остеонекрозом.

При облитерирующем атеросклерозе чаще наблюдаются явления деформирующего артроза плюснефаланговых и межфаланговых суставов.

Резюмируя, следует прийти к выводу, что контрастные рентгенологические исследования на ранних стадиях эндартериита обнаруживают изменения, свойственные определенной форме заболевания. В этом мы не можем согласиться с мнением некоторых авторов (З. А. Данилко, 1950) об отсутствии костных изменений в начальных фазах эндартериита.

Таким образом, проведенные нами клинико-рентгенологические исследования указывают на определенную ценность рентгенологических данных в дифференциальной диагностике форм и стадий облитерирующего эндартериита.

ЛИТЕРАТУРА

Вербов А. Ф. и Духан С. А. Изменения в костях при облитерирующем эндартериите в начальной стадии процесса. Ученые записки Гос. научнo-исследов. бальнеологического института на КМВ, Пятигорск, 1957, т. 1, стр. 243—248.

Данилко З. А. О состоянии костной системы дистальных отделов конечностей при облитерирующем эндартериите и спонтанной гангрене. Рефераты научно-исследовательских работ кафедры нерв. болезней Львовского ГМИ, 1950, стр. 41—45.

Зыковская Л. А. Дистрофические изменения в костях конечностей при облитерирующем эндартериите. Труды госпитальной хирургии клиники Свердловского мединститута и хирургического отделения Свердловской клинической больницы № 1, 1951, т. 5, стр. 125—131.

Тыкочинская Э. Д. Классификация, клиническая характеристика и УВЧ-терапия «облитерирующего эндартериита». Докторская диссертация, М., 1950.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ГОНОРЕИ В ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ г. ВОЛОГДЫ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ

Л. М. КОЧНЕВ

(Из Вологодского областного кожно-венерологического диспансера (главный врач — Е. К. Савашкевич) и Вологодских женских консультаций № 1 (главный врач — В. А. Шишов) и № 2 (главный врач — П. П. Волкова))

Анализ амбулаторной работы областного вендиспансера показывает, что среди гонорейных больных, самостоятельно обращающихся в диспансер, резко преобладают мужчины. Женщины, страдающие гонореей, как правило, не обращаются к венерологу, а привлекаются последним как контактные и источники заражения больных мужчин. Другая, меньшая, часть женщин, заболевших гонореей, выявляется при профилактических осмотрах. При этом оказывается, что некоторые из них считали себя здоровыми, другие посещали женские консультации по поводу гинекологических заболеваний.

Таковы же наблюдения ряда врачей, работающих в венучреждениях других городов, как это видно из опубликованных работ. (А. А. Студницын «Вестник венерологии и дерматологии» 1961; Е. К. Дахшлейгер, Е. Н. Туранова, С. С. Лурье и др., там же, № 3, 1954; И. М. Порудоминский; там же, № 1, 1955, и др.).

Работая в женских консультациях г. Вологды, мы вместе с врачами-гинекологами, поставили своей целью проверить: какой процент составляют гонорейные больные среди женщин, обращающихся в консультации.

Такая работа проводилась нами в течение пяти лет с 1956 по 1960 год. Данные регистрации гонорей за эти годы по Вологодскому вендиспансеру представлены в следующей таблице:

Годы	Острая гонорея		Хроническая гонорея		В с е г о		% вы-явления источн.
	м	ж	м	ж	м	ж	
1956	66	12	1	42	121		60%
					67	54	
1957	66	8	7	58	139		67,5%
					73	66	
1958	46	9	5	41	101		60%
					51	50	
1959	40	10	2	28	80		60%
					42	38	
1960	54	9	5	28	96		47%
					59	37	
За пять лет	272	48	20	197	537		52,7%
					292	245	

Из этих данных видно, что заболеваемость гонорей за пять лет по Вологодскому диспансеру снижается медленно. Разница в заболеваемости мужчин и женщин невелика. За пять лет мужчин, больных гонорей, зарегистрировано на 47 человек больше, чем женщин. Среди мужчин острая гонорея регистрируется в 13,6 раза чаще, чем хроническая. Среди женщин хроническая гонорея регистрируется в 4,1 раза больше, чем острая.

Из историй болезни видно, что все 292 больных мужчин обратились в диспансер самостоятельно, без вызова. Что касается женщин, то из 245 зарегистрированных гонорейных больных самостоятельно обратились только трое (1,1%). 6 больных женщин (2,2%) выявлено при профилактических медицинских осмотрах. Подавляющее большинство остальных больных женщин выявлено и привлечено к лечению, как контактные по отношению к заболевшим мужчинам.

До вызова в диспансер многие из этих женщин длительное время посещали женские консультации по

поводу гинекологических заболеваний, не подозревая о их венерическом характере. Природа заболеваний у этих больных оставалась неизвестной и лечившим их гинекологам.

В женских консультациях был установлен следующий порядок работы: все женщины, обращавшиеся в консультацию по поводу гинекологических заболеваний, а также беременные, подвергались обследованию на гонорею с исследованием отделяемого уретры и шейки матки на гонококки Нейсера. Это первичное обследование проводили врачи и акушерки консультаций, получившие соответствующий инструктаж по технике взятия материала и приготовления мазков. При обнаружении в мазках гонококков, больная женщина направлялась для лечения к венерологу, работающему в консультации.

Другая группа женщин, отбираемая для венеролога — это больные с подозрительной на гонорею клиникой, хотя и с неподтвержденным лабораторным диагнозом. Эти женщины подвергались повторному специальному обследованию на гонорею под наблюдением венеролога. Нередко у этих больных в дальнейшем удавалось обнаружить гонококки.

Третью группу составляли женщины с сомнительным или бытовым анамнезом. Их направляли для беседы с венерологом, независимо от характера клинической картины и результатов лабораторного исследования.

Следует признать, что иногда сам облик больной, ее развязное поведение, пренебрежительное отношение к труду, неразборчивость в вопросах половой этики и т. д. дают повод к тщательному обследованию ее на венерические заболевания. А соби́рание анамнеза у этих женщин, получение достоверных сведений иногда представляет трудности, которые легче осилить венерологу, как специалисту, имеющему опыт подобной работы.

Методика самого обследования при отрицательном первичном исследовании на гонококки заключалась в химической или комбинированной провокации с последующим исследованием отделяемого на гонококки в течение трех дней подряд. Химическая провокация проводилась ляписом: 1%-раствор вводится в уретру и

3%-раствором смазывается шейка матки; комбинированная провокация — та же химическая + однократное внутримышечное введение гоновакцины в дозе от 250 до 500 миллионов микробных тел. Материал для исследования берется с тех же участков.

Если в полученных ответах лаборатории отмечались формы, подозрительные на гонококки, — большая обследовалась дополнительно в период месячных. В этом случае взятие мазков производилось на второй день месячных и три дня подряд по окончании их. В сомнительных случаях мазки делаются не на одном стекле, а сразу на 3—5 стеклах. Это несколько повышает нагрузку лаборатории, однако заметно увеличивает процент находок (гонококков), а при отрицательном результате позволяет врачу с большей уверенностью отвергнуть подозрения на гонорею.

Лабораторная окраска препаратов во всех случаях проводилась по Грамму.

По такой системе за пять лет (с 1956 по 1960) в женских консультациях г. Вологды было обследовано на гонорею 1504 женщины. Среди них было выявлено 47 случаев гонореи, что составляет 3,12% к числу обследованных, в том числе хронической гонореей страдало 36 человек и острой 11 человек.

Возрастной состав больных: до 20 лет — 2, от 21 до 30 лет — 26, от 31 — до 40 лет — 12, старше 40 лет — 6 человек. Обнаружен один случай детской гонореи (у девочки 7 лет).

Из 46 взрослых больных: одиноких — 33, замужних — 13.

Эти больные посещали консультации по поводу

Трихомонадный кольпит	— 16
эндоцервицит и трихомонадный кольпит	— 8
расстройство аvariально-менструального цикла и трихомонадный кольпит	— 1
эрозивный кольпит	— 1
бартолинит и эндоцервицит	— 1
двухстороннее воспаление матки	— 2
одностороннее воспаление придатков	— 2

бели	— 3
заболевание мужа гонореей	— 1
беременность	— 11

Из 47 выявленных больных в прошлом лечилось по поводу гонореи только двое.

У 10 женщин выявлены половые партнеры, больные гонореей.

Выводы:

1. Одиноким женщины подвержены заболеванию гонореей в три раза чаще, чем замужние.

2. Количественное отношение хронической гонореи к острой составляет в женских консультациях 3,3 : 1.

3. Наибольшее число гонорейных больных в консультациях (57%) падает на возраст от 20 до 30 лет.

4. Особого внимания заслуживает факт, что из 47 гонорейных женщин около 25% падает на беременных. Это диктует необходимость особо тщательного обследования на гонорею беременных женщин.

5. Работа, проводимая в женских консультациях по выявлению гонореи, является целесообразной и поэтому следует ее продолжать.

Роль венучреждений заключается в помощи при организации работы, в дальнейших консультациях, в обмене информацией, а также в содействии налаживанию правильной лабораторной диагностики гонорей.

МАТЕРИАЛЫ К БИОГРАФИИ Н. Е. ВВЕДЕНСКОГО

(Вологодский период)

Б. И. СКОВОРОДНИКОВ, Э. А. ЛУДЯНСКИЙ

(Из Вологодской областной больницы,
главный врач — В. П. Рубан)

Николай Евгеньевич Введенский родился 16 апреля 1852 года в селе Кочково Шуйской волости Тотемского уезда Вологодской губернии (ныне Иванищеве Междуреченского района Вологодской области). Он был старшим из четырех братьев и двух сестер. Юношеские годы Н. Е. проходили в семье сельского священника в период реформ 60-х годов. Его отец разделял народнические взгляды и по убеждениям примыкал скорее к передовой к тому времени, прогрессивно настроенной интеллигенции. Он имел большую библиотеку, которой пользовались и крестьяне его прихода. В своем селе он открыл школу и бесплатно обучал детей; в этой школе учился и Н. Е. Введенский.

В 1862 году Введенский поступает в духовное училище в г. Вологде, где, по его словам, получает прочные, хотя и недостаточно обширные знания. Большую роль в этом сыграл прогрессивно настроенный учитель математики Одинцов.

В то время Вологда представляла дворянско-купеческий город. Сюда ссылались многие передовые люди того времени. В городе имелись не только 67 церквей, духовная семинария и духовное училище, но и театр, о котором упоминал А. И. Островский в своей пьесе «Лес».

По окончании духовного училища семнадцатилетний Введенский поступает в Вологодскую духовную

семинарию, где знакомится с такими дисциплинами, как обзор философских учений, история, психология, логика, и показывает хорошие способности, что видно из выданного ему свидетельства.

Окончив четыре класса семинарии, Введенский, увлеченный идеями Герцена, Белинского и Чернышевского, в 1872 году, с согласия отца, поступил в Петербургский университет. Но его желание изучать естественные науки не было удовлетворено, т. к. по существовавшему тогда негласному предписанию, администрация высшей школы ограничивала прием на естественные отделения лиц, окончивших духовные учебные заведения (самодержавие стремилось оградить лиц, получивших духовное образование, от «вредных» влияний материалистических идей). Введенский был принят на юридический факультет.

В конце того же года он подает на имя ректора университета прошение о переводе с юридического факультета на естественное отделение физико-математического факультета:

«Личное мое знакомство и размышления, — писал он в прошении, — привели меня к решению изучать предпочтительно естественные науки».

Но учеба оказалась непродолжительной. Познакомившись с революционно настроенными студентами Петербурга, Введенский начал посещать студенческие сходки и участвовал в народническом движении. За активное участие в революционном студенческом движении осенью 1874 года он привлекается по делу 193-х и в течение трех лет находится в тюрьме до суда, на котором, он, как и многие другие, был оправдан, но выслан под надзор полиции в Вологду.

В Вологде Н. Е. долго не задерживался. Он уехал в гор. Тотму, где его брат работал учителем. Сохранилось предписание тотемскому исправнику о негласном надзоре над студентом Санкт-Петербургского университета Н. Е. Введенским.

Во время ссылки Н. Е. активно работал по расширению своего кругозора.

Участие Н. Е. Введенского в народническом движении уже в юношеские годы и общение с передовыми людьми того времени в тюрьме и ссылке помогли ему выработать необходимые качества общественного

деятеля. Будучи уже профессором, он принимал активное участие в научной и общественной жизни России.

Общественная деятельность Введенского выражалась в постоянной заботе о просвещении широких народных масс. В трудных условиях царского самодержавия, преодолевая всевозможные рогатки царских чиновников-мракобесов, он в 1890 году организовал у себя на родине библиотеку для крестьян, которая была единственным культурным центром и рассадником просвещения во всем уезде. Там же его заботами в 1906 году были открыты три дополнительных школы для крестьянской молодежи.

Н. Е. оказывал материальную и моральную поддержку многим землякам во время их обучения в Петербургском университете. Каждый год он приезжал в родное село во время каникул и превращался в ходатая по делам крестьян, а также оказывал медицинскую помощь, часто выступал в Вологде с лекциями. В 1921 году он прочел курс лекций в Вологодском народном университете.

В июле 1922 года Н. Е. Введенский тяжело заболел и для улучшения здоровья вернулся в родное село. Здесь он умер 16 сентября 1922 года. Земляки похоронили Н. Е. рядом с могилами родителей. Сейчас на его могиле установлен памятник.

Вологжане чтят память знаменитого земляка. На доме, где родился и провел свое детство Н. Е. Введенский, установлена мемориальная доска. В 1957 году в гор. Вологде проведена научная конференция, посвященная памяти Н. Е. Введенского.

БИБЛИОГРАФИЯ НЕКОТОРЫХ РАБОТ ВРАЧЕЙ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(Составил Г. И. ЗВЕРЕВ)

Е. В. Александрович. Современное состояние вопроса борьбы со слепотой вследствие бельма. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 198.

Е. В. Александрович. Роль тканевой терапии в восстановительной хирургии. Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской области, Вологда, 1947, 71.

К. Н. Алексеев. Весенне-летний (клещевой) энцефалит. Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской области, Вологда, 1947, 137.

Т. П. Бронникова. К патологии инфаркта миокарда. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 31.

Ц. Б. Вадковская. Учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности и его практическое значение для медицины. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 3.

Г. К. Василевский. Арренобластома яичника. «Акушерство и гинекология», 1956, 31, 83.

Г. К. Василевский. Организация родовспоможения на сельском врачебном участке. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 118.

Г. К. Василевский. К вопросу о диагностике 35-недельной беременности для предоставления дородового отпуска. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 139.

✓ А. П. Вершинин. Сопровождение актива медицинских работников Вологодской области. «Здравоохранение Российской Федерации», 1962, 8, 39.

Д. С. Гинзбург. Случай болезни Дарье. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 195.

Т. М. Зайдман, В. П. Рубан. Хронический токсико-инфекционный полиартрит. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 57.

Г. И. Зверев. Отдаленные результаты лечения больных злокачественными опухолями. «Вопросы онкологии», 1961, 1, 96.

Г. И. Зверев. Рак кожи в Вологодской области. «Вопросы онкологии», 1962, 1, 98.

Г. И. Зверев. Хирургическое лечение больных раком желудка. «Вестник хирургии», 1962, 6, 41.

Г. И. Зверев. К вопросу о послеоперационной летальности при раке желудка «Вопросы онкологии», 1963, 1, 102.

Г. И. Зверев. К проблеме рака желудка. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 116.

Г. И. Зверев. Первичная множественность злокачественных опухолей в Вологодской области. Тезисы докладов первой республиканской научно-практической онкологической конференции врачей Карельской АССР, Петрозаводск, 1961, 40.

Г. И. Зверев. Реферат статьи «Отдаленные результаты лечения больных злокачественными опухолями». «Медицинский реферативный журнал», раздел VI, 1961, 6, 5.

Г. И. Зверев. Реферат статьи «Рак кожи в Вологодской области (по материалам облонкодиспансера)». «Медицинский реферативный журнал», раздел VI, 1962, 5, 8.

Г. И. Зверев. Реферат статьи «К вопросу о послеоперационной летальности при раке желудка». «Медицинский реферативный журнал», раздел VI, 1963, 7, 12.

Г. И. Зверев. Онкологическая помощь населению Вологодской области. «Советское Здравоохранение», 1963, 10, 13.

Н. В. Иконникова, Г. В. Семина. Применение аппарата искусственной почки после переливания крови. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 79.

П. А. Кадников. Курорты Северного края. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 225.

Д. Ф. Кеслер. Случай диастоматоза легких. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 128.

М. А. Козлов. Использование большого сальника при лечении флегмоны передней стенки желудка. «Вестник хирургии», 1961, 5, 143.

М. А. Козлов. Прободение пептической язвы пищевода в заднее средостение у больного с язвенным стенозом привратника. «Хирургия», 1962, 3, 120.

М. А. Козлов. Обширная резекция кишечника у больного кавернозным туберкулезом легких. «Вестник хирургии», 1961, 6, 94.

М. А. Козлов. Кишечная непроходимость в условиях городской больницы. «Советская медицина», 1961, 9.

М. А. Козлов. Нераспознанный подкожный разрыв забрюшинного отдела 12-перстной кишки. «Клиническая медицина», 1962, 2, 137.

М. А. Козлов, Д. П. Влацкий. Опыт применения кожной ауто- и гомопластики. «Вестник хирургии», 1961, 1, 115.

Н. Н. Кашнин, М. А. Козлов. Лечение трофических язв свободной кожной пластикой. «Хирургия», 1958, 10, 114.

А. Н. Кропин. Современные методы лечения туберкулеза легких. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 33.

П. Г. Крюков. К диагностике опухолевидного туберкулеза мезентериальных и забрюшинных лимфатических узлов. «Вестник рентгенологии и радиологии», 1958, 4, 74.

П. Г. Крюков. Легкая форма идиопатической ломкости костей. «Вестник рентгенологии и радиологии», 1961, 6, 58.

Н. Г. Кумина. К вопросу о тромбофлебитической спленомегалии. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 29.

Н. Г. Кумина. Пневмонии (по данным терапевтического отделения железнодорожной больницы ст. Вологда-1). Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 93.

Н. А. Куксенюк. Анализ первичного выхода на инвалидность вследствие производственной травмы по Сокольскому целлюлозно-бумажному комбинату. Тезисы докладов межобластной научно-практической конференции по вопросам врачебно-трудовой экспертизы и трудоустройства инвалидов, Ленинград, 1955.

Н. А. Куксенюк. Опыт работы по снижению производственного травматизма на Сокольском целлюлозно-бумажном комбинате. Сб. «Хирургическая практика», Труды ЛСГМИ, Ленинград, 1958, 113.

Н. А. Куксенюк. Производственный травматизм в бумажном отделе Сокольского целлюлозно-бумажного комбината. «Вестник хирургии», 1957, 2, 93.

Н. А. Куксенюк. Наш опыт пересадки кожи дерматомом. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 221.

В. В. Лебедев. Общественная работа Павла Павловича Мокровского в деле здравоохранения. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 13.

А. И. Лопотко, А. П. Велицкий. Экспериментальная модель ушных шумов и суггестивная терапия их. Труды межобластной конференции врачей-оториноларингологов, Вологда, 1962, 98.

А. И. Лопотко. Некоторые данные о влиянии коры головного мозга на функции вестибулярного анализатора. Труды межобластной конференции врачей-оториноларингологов, Вологда, 1962, 114.

А. И. Лопотко, О. А. Шваркова. Отогенные абсцессы мозга и мозжечка по данным Вологодской областной и городской больниц. Труды межобластной конференции врачей-оториноларингологов, Вологда, 1962, 60.

Е. А. Лыков, З. А. Темкин. Справочник для врачей и аптечных работников. Вологда, 1962, 96 стр.

К. А. Максимов. Медиастинально-абдоминальная форма лимфогранулематоза с выраженной желтухой. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 111.

К. А. Максимов. Узелковый периартерит с поражением многих органов и систем организма. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 23.

О. А. Медведева. Безаппараторная физиотерапия. Материалы VII съезда врачей Вологодской области. Вологда, 1955, 206.

К. Н. Михайлов. О туберкулезе грудных желез. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 178.

А. А. Мохова. О лечении больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы водами Вологодского минерального источника. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 16.

А. Н. Никитин. Острый живот. Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской области, Вологда, 1947, 143.

А. Н. Орлов, Е. Н. Смирнова. Клинические материалы к учению о фибромиомах матки. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 106.

А. Н. Орлов. К вопросу о кесарском сечении при узком тазе и препятствии со стороны мягких родовых путей. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 60.

Г. Н. Равич. Острая коронарная недостаточность. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 48.

В. В. Рождественский. Три литопедиона. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 159.

В. И. Рождественский. Фасциальный шов при переломе надколенника. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 44.

В. И. Рождественский. К вопросу об оперативном лечении выпадения прямой кишки. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 47.

Н. Н. Рукин. Клинические наблюдения над спинно-мозговой анестезией при гинекологических операциях. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 139.

Е. К. Савашкевич. Гнойничковые заболевания кожи. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 236.

П. Г. Самойлов. Современные методы лечения страдающих гипертонической болезнью. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1956, 69.

П. Г. Самойлов. На охране здоровья трудящихся (о некоторых итогах деятельности Вселодского общества терапевтов). Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 5.

П. Г. Самойлов. Благоприятный исход лечения антикоагулянтами больной с диагнозом: «Тромбоэмболия брюшной аорты на месте ее бифуркации». Сборник научных работ врачей-терапевтов. Вологда, 1963, 36.

П. Г. Самойлов. К вопросу о прижизненной диагностике разрывов сердца. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 62.

И. Н. Саламатов. Резекция желудка при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 94.

И. Н. Саламатов. Об оперативном лечении кровоточащих язв желудка и 12-перстной кишки. «Вестник хирургии», 1960, 9, 67.

И. Н. Саламатов, Ю. Э. Шварц. Операция Бильрот-1 при раке желудка. «Хирургия», 1962, 8, 62.

Т. В. Семина. Случай агранулоцитоза медикаментозного происхождения. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 50.

Т. В. Семина. Случай хорионэпителиомы матки с метастазами в легкие. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 79.

Т. В. Семина. Новое в лечении и профилактике ревматизма. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 120.

С. А. Сергиевский. К вопросу о забрюшинных липомах. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 51.

Н. В. Сибирцев. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 230.

Н. А. Слугинов и А. В. Проскуряков. К патологической анатомии аппендицита и связи его с заболеваниями других органов. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 179.

А. Д. Смирнова. Анализ терапевтической службы по городам Вологодской области. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 10.

А. Е. Смородина. Огнестрельное ранение органов брюшной полости у ребенка 8 лет. «Вестник хирургии», 1961, 1, 129.

М. М. Содман. Abortивное лечение сифилиса. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 193.

А. Ф. Страхова. Сто пятьдесят лет родовспоможения в Вологодской области, Вологда, 1957, 104 стр.

П. И. Торгованов. Саркомы кости. Кандидатская диссертация. Вологда, 1945.

П. И. Торгованов. Рак и борьба с ним. Вологда, 1954, 20 стр.

П. И. Торгованов. Язва желудка и 12-перстной кишки. «Рентгенология военного времени», 1943.

П. И. Торгованов. Бурситы и синовиты. «Рентгенология военного времени», 1943.

П. И. Торгованов. Об онкологической помощи. Сборник материалов II съезда сельских медицинских работников Вологодской области, 1944.

П. И. Торгованов. Очерк развития рентгенологической помощи населению Вологодской области. Материалы по истории рентгенологии в СССР, 1948.

П. И. Торгованов. Раковая болезнь. Вологда, 1946.

П. И. Торгованов. Случай пятикратного заворота сигмы. «Хирургия», 1948, 11, 80.

П. И. Торгованов. О саркомах костей гигантских размеров. «Вестник хирургии», 1948, т. 69.

П. И. Торгованов. Об осложнениях гастроэнтеростомии у язвенных больных. «Советская медицина», 1950, 10.

П. И. Торгованов. Случай туберкулезной язвы полового члена. «Хирургия», 1953, 5.

П. И. Торгованов. Рак у оперированных по поводу язвенной болезни желудка. «Советская медицина», 1951, 2.

П. И. Торгованов. Рентгеновская диспансеризация как метод выявления туберкулеза легких. Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской области, Вологда, 1957, 188.

П. И. Торгованов. Актуальные вопросы онкологии. Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской области, Вологда, 1947, 216.

А. П. Цветков. Из истории хирургии Вологодской области. Вологда, 1959, 32 стр.

А. П. Цветков. Врач и больной. Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской области, Вологда, 1947, 57.

А. П. Цветков. Ранняя диагностика и лечение костно-суставного туберкулеза у детей. Материалы III и IV съездов сельских врачей Вологодской области, Вологда, 1947, 194.

А. П. Цветков. П. П. Мокровский как хирург. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 8.

А. П. Цветков. Острая кишечная непроходимость. Материалы VII съезда врачей Вологодской области, Вологда, 1955, 82.

А. П. Цветков. Случай операции на сердце по поводу ранения. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 74.

А. П. Цветков. Ложная (непаразитарная) киста селезенки. «Вестник хирургии», 1957, 3, 100.

А. П. Цветков. Острый холецистит (по данным хирургического отделения Вологодской городской больницы за последние 13 лет). Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 84.

П. П. Шипулин. О поведении врача у постели больного в свете физиологического учения акад. И. П. Павлова. Сборник научных работ врачей-терапевтов, Вологда, 1963, 101.

Ю. Э. Шварц. Об оперативном лечении феохромоцитом. «Клиническая медицина», 1961, 8, 71.

Н. В. Фалин. Движение населения Вологодской губернии по данным переписей 1899, 1917, 1920 и 1923 гг. Сборник медицинских работ, Вологда, 1936, 199.

Л. А. Юровицкий. Роль нейрохирургии в диагностике и лечении отогенных внутричерепных осложнений. Труды межобластной конференции врачей-оториноларингологов, Вологда, 1962, 76.

* * *

Составитель обращается с убедительной просьбой сообщить названия работ, не указанных в настоящей библиографии, по адресу: Вологда, Советский проспект, 100, Облонкодиспансер Г. И. Звереву.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
С. И. Андрианов, Е. А. Куллэ. Опыт работы по оздоровлению населения от аскаридоза в Устюженском районе	7
Г. В. Богоявленский. Некоторые данные по изучению токсоплазмоза в Вологодской области	15
А. И. Семенова. Эндокардиты ревматические и затяжные септические	22
А. А. Балыбердин, М. А. Козлов. Эндотрахеальный наркоз по наблюдениям Череповецкой межрайонной больницы	33
М. В. Яровикова. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы	40
М. А. Козлов. О реанимации в условиях медсанчасти	51
Е. В. Александрович, О. М. Фишберг, Г. К. Дмитриева, Э. Н. Иойлев, Е. И. Белова, В. П. Трещалов. Наш опыт выявления глаукомы.	56
Г. К. Дмитриева. Глазной травматизм у механизаторов сельского хозяйства	59
Е. В. Александрович. Наша экономичная повязка для послеоперационных глазных больных	64
Е. В. Александрович, О. М. Фишберг. Из опыта использования целлулоидных скорлупок при проникающих ранениях глазного яблока	68
Г. И. Зверев. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Вологодской области и пути ее снижения	71
Г. И. Зверев. Первичная множественность злокачественных опухолей в Вологодской области	80
Г. И. Зверев. Заболеваемость меланомами и отдаленные результаты лечения	84
Э. А. Лудянский, Т. А. Короткая. Клещевой энцефалит в Вологодской области	88
Э. А. Лудянский. Роль нейроинфекций и травматической болезни головного мозга в патогенезе артериальной гипертонии	97

Э. А. Лудянский. К вопросу о показаниях иглорефлексо- терапии в клинике нервных болезней	105
А. А. Мелодиев. О значении рентгенологических данных для дифференциальной диагностики форм и стадий об- литерирующего эндартериита	124
Л. М. Кочнев. Опыт работы по выявлению гонореи в жен- ских консультациях г. Вологды за пять лет	128
Б. И. Сковородников, Э. А. Лудянский. Материалы к био- графии Н. Е. Введенского (Вологодский период)	133
Библиография некоторых работ врачей Вологодской об- ласти	136

ГЕ00658

Подписано к печати 17. 19. 64 г. Бумага 84 × 108¹/₃₂.
Бум. л. 2,25. Печ. л. 7,38. Уч.-изд. л. 7,26.
Тираж 1000. Цена 50 коп. Заказ 7096.

*

Областная типография, г. Вологда, ул. Калинина, 3.

12

19

50 коп.

11