

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium
TALLINNA VABARIIKLIK HAIGLA

TEINE TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

ETTEKANNETE TEESID

Министерство здравоохранения Эстонской ССР
ТАЛЛИНСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА

ВТОРАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

TALLINN 1959 ТАЛЛИН

A-24267

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium
TALLINNA VABARIIKLIK HAIGLA

TEINE TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

ETTEKANNETE TEESID

Министерство здравоохранения Эстонской ССР
ТАЛЛИНСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА

ВТОРАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

TALLINN 1959 ТАЛЛИН

Redaktsiooni kolleegium:
S. GULORDAVA, N. ELSTEIN, V. VALDES

Редакционная коллегия:
Ш. А. ГУЛОРДАВА, Н. В. ЭЛЬШТЕЙН, В. А. ВАЛЬДЕС

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

45477

PEAAJU MITTETRAUMAATILISTE VEREVALUMITE KIRURGILISEST RAVIST

Eesti NSV teeneline arst F. RAUDKEPP
ja vanem teaduslik kaastööline A. CHEVALIER

Viimase viie aasta jooksul opereeriti Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonnas 9 haiget (vanuses 35 kuni 58 a.) peaaaju traumaatiliste verevalanduste puhul. Vaatamata sellele, et enamik haigeid opereeriti esimestel päevadel pärast insulti ning väga raskes seisundis, olid 5 haigel vahetud operatsioonitagajärjed head. Operatsiooniefekt avaldub juba lähema ööpäeva jooksul ning sõltub verevalanduse rõhu likvideerimisest, ajudetriidi evakueerimisest ning kohaliku turse vähenemisest.

Meie haigusjuhtude analüüs näitas, et operatsiooni võib edukalt teostada nii esimeste päevade jooksul pärast insulti, kui ka hilisematel tähtaegadel. Seetõttu ei ole otstarbekohane rasketel juhtudel viivitada operatsiooniga nädal või rohkem, nagu seda soovivad mõned neurokirurgid.

Prognostiliselt kõige raskem on tserebroventrikulaarne verejooks. Kuid liikvori veresisaldus, väljakujunenud meningeaalärritusnähud ega haige raske üldseisund ei ole isenesest vastunäidustuseks operatiivsele vahelesegamisele.

Tuleb pidada õigustatuks laialdast osteoplastilist trepanatsiooni ning hematoomiõõne avamist, kuna punktsioon üksinda ei taga verehüüvete ning ajudetriidi eemaldamist. Opereerides teisel päeval pärast insulti või hiljem, on hemostaas kerge. Otstarbekohane on hemostaatilise käsna ning hüpotensiivsete vahendite rakendamine.

Postoperatiivselt tuleks kõrvuti koagulantide, antibiootikute ja dehüdreerivate vahenditega kasutada ka krampivastaseid ravimeid nii varajaste, kui ka hilisemate epileptiliste hoogude ärahoidmiseks.

MONINGAID KUSIMUSI HAIGETE KUREERIMISEST TORAKAALSETE OPERATSIOONIDE PUHUL

V. SOLOVJOV

Hoolimata suurtest edusammudest, mis on saavutatud viimastel aastakümnetel torakaalkirurgia alal, püsib pleuropulmonaalse šoki profülaktika ja vältimine ning häiritud välise hingamise probleem aktuaalsena.

Meie kogemused kirurgiliste haigete ravimisel haiguslike protsesside puhul rindkere õõnes tõendavad, et need tüsistused sõltuvad otseselt anesteesia kvaliteedist, välise hingamise häirete õigeaegsest avastamisest ja ravist operatsiooni ajal ning vahetult sellele järgneval perioodil. Autori poolt on opereeritud 78 haiget (70 opereeritud ühes Kaug-Ida sõjaväe hospitalis ja 8 Tallinna Vabariiklikus Haiglas) mitmesuguse anesteesiaga ajavahemikul 1955. a. kuni oktoobrini 1959. Šokki täheldati 19 korral. Kõigil neil haigetel teostati radikaalseid operatsioone seoses kopsude, pleura, söögitoru või mediastinumi kirurgiliste haigustega. Šokk tekkis sagedamini haigetel, keda opereeriti potentseerimata tuimastusega (7 korral 14-st). Harvemini täheldati šokki, kui kohalik või üldanesteesia potentseeriti neuropleegiliste vahenditega või kui kasutati hüpotermiat (12 korda 48-st). Ülejäänud 16 haigel, keda opereeriti narkoosi all lihas-relaksantide kasutamise, ei täheldatud kordagi hemodünaamilisi nihkeid.

Šokk põhjustas surma 3 haigel. Šokivastases võitluses kasutati kogu kaasaegsete vahendite kompleksi. Kõige efektiivsemaks osutus varajane intraarteriaalne vereülekanne. Meie arvates tuleb vältida tugevatoimeliste stimuleerivate ainete kasutamist raskete šoki seisundite puhul. Neuropleegiliste ainete manustamine šokihaigetele hoiab mõne aja vältel ainevahetusprotsesse madalal tasemel, mis võimaldab säästa organismi reservjõude.

Välise hingamise häirete sagedaseks põhjuseks on bronhide mehaaniline sulgus operatsioonile vastaspoolel, mis võib lõppeda asfüksia ja surmaga. Pärast desintubatsiooni on võimalik ka reflektorne äge häälepaelte turse.

Meie materjalis oli välise hingamise häireid 7 korral. 6 haigel esines bronhide ummistumine lima või mädaga ja ühel haigel häälepaelte äge turse pärast desintubatsiooni, mis tingis kohese trahheotoomia vajaduse.

Kahel raskekujulise asfüksiaga haigel teostati kohene bronhoskoopia mäda eemaldamisega bronhidest. Ühel korral ei diagnoositud õigeaegselt bronhide ummistumist mädaga, mistõttu haige suri asfüksiasse. Ülejäänud haigetel likvideeriti välise hingamise häired inhalatsooni, rindkere massaaži, jood-preparaatide ja ekspektoreerivate vahendite tarvitamisega.

KROONILISE APENDITSIIIDI ÄGESTUMISE KLIINILIS-ANATOOMILINE ANALÜÜS

V. BRESLER, Š. GULORDAVA, A. UIBO

1. Apenditsiit on levinenumaid haigusi inimesel ja kõige sagedam kirurgiline haigus. Tallinna Vabariiklikus Haiglas 1950—1958. a. teostati 7667 apendektoomiat, mis moodustab 44,5% kõigist kirurgilistest vahelesegamistest (arvestamata traumatoloogilisi).

2. Ägeda apenditsiidi 2208 juhu analüüs näitab kliiniliste ja pato-histoloogiliste diagnooside kõrget lahknevusprotsenti, mis moodustab üksikutes gruppides 87,75%. Suur lahknevusprotsent tingis vajaduse tema põhjuste analüüsiks.

3. Kliiniliste ja morfoloogiliste andmete alusel jagasime materjali 2 gruppi: 1) esmane äge apenditsiit — 1125 juhtu (50,06%), 2) kroonilise apenditsiidi ägestumine 1083 juhtu (49,04%).

4. Ägeda apenditsiidi puhang põhjustab sügava morfoloogilise ja bioloogilise ümberehituse ussjätkes, mis soodustab protsessi kroonilist kulgu perioodiliste ägestumistega.

5. Ägestumine kulgeb kõigi allergilise põletiku morfoloogiliste tunnustega (sidekoe fibrinoidsed nekroosid, vas-kuliidid, eosinofiilsed infiltraadid).

6. Mitte opereeritud äge apenditsiit annab 70% juhtudest korduvaid puhanguid, minnes üle krooniliseks apenditsiidiks. Krooniline apenditsiit ägestub 72,7% juhtudest.

7. Kroonilise apenditsiidi ägestumine, võrreldes esmase ägeda apenditsiidiga, omab kliinilises pildis kindlaid iseärasusi: a) 60% haigetel kroonilise apenditsiidi ägestumisega täheldatakse perioodilisi valuhoogusid minevikus; b) valud algavad paremal niude piirkonnas, ägedal apenditsiidil tavaliselt rinnakualuses piirkonnas.

c) palpatoorne valulikkus on rohkem lokaliseeritud ja enamikul juhtudel teravamalt esile tulev Mac-Burney punktis; d) lihaspinge ja Stšetkin-Blumbergi sümptoom on vähem intensiivsed ja enam lokaliseeritud kui ägedal apenditsiidil.

8. Kroonilise apenditsiidi ägestumisel, seoses ussjätke liidetega siseorganite ja kõhuseinaga (keskmiselt 50% juhtudest) ning sagedasest ussjätke atüüpilisest asendist, on operatsiooni teostamine tunduvalt raskendatud.

9. Seoses kudede vastupanu vähenemise, veresoonte rabaduse ja peitunud infektsiooniga on kroonilisel põletikul tunduvalt kõrgem operatsioonijärgsete tüsistuste protsent. Kroonilise apenditsiidi ägestumisel pikeneb ka haige viibimine voodis.

10. Lähtudes eeltoodust on soovitav: a) eraldada ägestunud krooniline apenditsiit kui eriline vorm ägedate apenditsiitide seas; b) ägestunud kroonilise apenditsiidi diagnoosi püstitamisel teostada kiire operatsioon eelnevalt läbimõeldud plaani järgi, arvestades võimalike raskustega; c) tugevdada sanitaar-selgitustööd elanikkonna hulgas, et vältida ägeda apenditsiidi puhangu iseeneselikku paranemist; d) kroonilise apenditsiidiga haigeid opereerida plaanilises korras, kuid võimalikult kiirem, ennetades protsessi ägestumist.

APENDITSIIIT JA TONSILLIIT

A. TUCH

Äge apenditsiit võib kaasuda ägedale või ägestunud kroonilisele amügdaliidile, võib tekkida ka mõni aeg hiljem pärast angiini nähtude vaibumist. Ägeda apenditsiidi puhangule eelnevat angiini täheldas V. N. Kolesov 3% ja ülemiste hingamisteede katarri 26,5% juhtudel.

Lähtudes eelnevast iga haige, eriti lapseas, kahtlusega ägedale apenditsiidile tuleb uurida tingimata farüngoskoopiliselt.

Arstlik taktika ägeda apenditsiidi ja ägeda amügdaliidi üheaegsel esinemisel nõuab äärmist valvsust, et mitte seostada kõiki haigel esinevaid sümptome ühe diagnoositud haigusega, lülitades välja polüpaatia võimaluse. Otstarbekohane on ägeda apenditsiidi kahtlane haige, samaaegsel angiini esinemisel, hospitaliseerida vastavate isoleerimisreeglite rakendamiseks.

«Ägeda kõhu» sümptomide arenemisel on näidustatud operatiivne vahelesegamine, kusjuures angiini esinemist ei tule võtta laparotoomia vastunäidustusena.

ANESTEESIA MEETODITEST TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA KIRURGILISTES OSAKONDADES

B. LEHEPUU

1. Enamlevinud tuimastusmeetodiks Tallinna Vabariiklikus Haiglas on lokaalne anesteesia, kuigi tema kasutamisesagedus näitab vähenemistendentsi eeter-hapnik narkoosi osatähtsuse tõusu arvel.

2. Potentseeritud tuimastus ja tema kombineeritud meetodid osutuvad parimateks tänapäeva kirurgias. 1958. a. kasutati neid Tallinna Vabariiklikus Haiglas veel ebapiisavalt seoses raskustega vastava aparatuuri ja medikamentide saamisel.

3. Edaspidi tuleb kasutada laiemalt nii kombineeritud tuimastust, kui ka plaanikohast narkoosi kombinatsiooni kohaliku tuimastusega. Suurtes raviasutustes on hädavajalik anestesioloogide brigaadide moodustamine, eesotsas arst-anestesioloogiga.

OSTEOSÜNTEESI OSATAHTSUSEST LUUMURDUDE KOMPLEKSRAVIS.

B. ÄNILINE

Eesti NSV teeneline arst

Põhiliste konservatiivsete ravimeetodite kõrval omab luumurdude kompleksravis kindla koha osteosüntees, rakendades teda juhtudel, kus konservatiivsed meetodid ei taga häid tulemusi. Osteosüntees täiendab konservatiivseid meetodeid ja laiendab võimalusi luumurdude edukaks raviks.

Vaatamata osteosünteesi vastutusrikkale osale luumurdude kompleksravis, on tema erikaal võrreldes konservatiivsete meetoditega väike.

Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia osakonnas kasutati operatiivset meetodit jäsemete luumurdude ravis keskmiselt 19% ulatuses. Osteosünteesi erikaal, olenevalt murru asukohast, kõikus 2,2% ja 59% vahel.

Toruluude murdude osteosünteesil rakendati põhiliselt üdiõõne naelastust.

Viimasel ajal on hakatud sagedamini rakendama primaarset osteosünteesi lahtiste luumurdude ravis.

APARAAT REIELUU KAELA MEDIAALSETE MURDUDE OSTEOSÜNTEESIKS

S. GULORDAVA

Enamik kirurge loeb reieluu kaela murdude osteosünteesi kolmehölmalise naelaga valikmeetodiks.

Veenvalt tõendavad seda reieluu kaela murdude ravi tulemused, mis on saadud Smith-Peterseni meetodi eri modifikatsioonide rakendamisel.

Kui kolmehölmalise naela otstarbekus on enamikule kirurgidele saanud vaieldamatuks, siis naela sisselöömise meetodis, seoses viimase keerukusega, ei ole veel ühtset seisukohta. See seletab B. Petrovi, E. Jasnovi, A. Kaplani, S. Rukosujevi, L. Šostaki, I. Ennulo jt. poolt esitatud reieluu kaela mediaalse murru osteosünteesi meetodite vähest levikut.

Toetudes kogemustele selle operatsiooni läbiviimisel, autor konstrueeris aparadi reieluu kaela mediaalsete murdude osteosünteesi teostamiseks. Aparaat on portatiivne, omab kraad-jaotuse kahes suunas, mis kindlustab metallvardale vajaliku asendi sihis, milles lüüakse sisse kolmehölmaline nael. Naela sisseviimise nurk ja sügavus määratakse röntgeniülesvõttel kahes projektsioonis eelnevalt suure pöör-la piirkonda sisseviidud orientiir-mõõtja abil.

Sisselöömise punktiks kasutatakse anatoomiliselt enam sobivat kohta: pöör-laalust piirkonda 0,3—0,5 mm eespool keskjoont (sõltuvalt reieluu paksusest). Operatsiooni teostamise ajal nurgamõõtja asetatakse orientiir-mõõtjale, mille järel kolmehölmaline nael viiakse sisse ettenähtud suunas. Operatsiooni käigus teostatakse kontrollülesvõtted kahes projektsioonis. Suuna õigsuse kontrolli järel lüüakse kolmehölmaline nael vajaliku sügavuseni. Kui pole võimalik teostada kontrollülesvõtteid vahetult operatsioonilaual, siis reieluu kaela mediaalse muru osteosünteesi võib edukalt teostada rakendades L. Šostaki poolt soovitatud eelnevat arvestust.

Esialgssed aparadi katsetused kinnitavad tema sobivust kasutamiseks.

KAASASUNDINUD DUODENUM'I SULGUSE OPERATIIVSEST RAVIST

I. FREIBERG

Meditsiiniliste teaduste kandidaat

1. Kaasasündinud duodenum'i atreesiad ja stenoosid on suhteliselt harva esinevad väärarengud. Nad tekivad looteea esimestel kuudel.

2. Põhiliseks kliiniliseks sümptoomiks on lakkamatu oksendamine, mis ilmneb lapse esimestel elupäevadel. Peagi kaasnevad sellele kõik mehaanilise iileuse nähud. Röntgenoloogilisel uurimisel täheldatakse iseloomulikku pilti.

3. Õigeaegne operatiivne ravi on ainus võimalus iileuse all kannatava vastsündinu elu päästmiseks. Tuleb laiendada operatiivse ravi näidustusi isegi minimaalsete välja-vaadete korral edule.

4. Eriti olulised on operatsiooni tähtajad. Ainsaks operatsiooni edasilükkamise põhjuseks võib olla vastsündinu tugev hüpotroofia ja dehüdratatsioon. Neil juhtudel on vajalik operatsiooni eel kasutada ühe ööpäeva vältel vedelikeveenisiseid tilkulekandeid ja korduvaid mao sisu evakueerimisi.

5. Hilise operatiivse ravi vähene efektiivsus on tingitud peamiselt pneumoonia või peritoniidi kaasumisest ja üldisest kurtumusest ning intoksikatsioonist.

6. Eelduseks vastsündinute iileuse operatiivse ravi tulemuste parandamisele on selle seisundi diagnostika kvaliteedi tõstmine ja kirurgilise tehnika täiustamine.

POLÜTSÜTEEMIAGA HAIGETE RAVI KOGEMUSI RADIOAKTIIVSE FOSFORIGA

A. MARDNA

1. Ajavahemikul 1957—1959. a. teostati radioaktiivse fosforiga ravi 14 polütsüteemiaga haigel. P^{32} ravi, kuigi mitte patogeenetiline, on efektiivsem kõigist seni kasutatud meetoditest. P^{32} kui seespidine kiirituse vahend normaliseerib punase ja valge vere valmimist.

2. P^{32} manustati haigetele suu kaudu 10—20% glükoosi lahuses. Ravi kuur, mille vältel haiged said 4—7 mCu, teostati kolmes osas 6—7 päevaste intervallidega. Doseering oli kõigil juhtudel individualiseeritud. Mingisuguseid tüsistusi ei täheldatud.

3. Vastunäidustusteks P^{32} kasutamisel on aneemia, leukopeenia, trombopeenia, neeru ja maksa funktsioonide häired jt. Mõningal juhul kasutati P^{32} ka peaaegu vereringe häirete esinemisel, kuigi seda seisundit loetakse vastunäidustuseks. Ravi tulemusena toimus neil juhtudel nii hematoloogilise kui ka neurooloogilise seisundi paranemine.

4. Arvestades head taluvust ja tüsistuste puudumist raviti osa haigeid pärast põhjalikku uuringut ambulatoorselt, pideva seisundi kontrolliga.

5. Subjektiivne ja objektiivne seisundi paranemine, samuti haigete töövõime taastumine, võimaldab hinnata esialgseid P^{32} kasutamise tulemusi polütsüteemia puhul headena. Lõplikuks hinnanguks on vajalik haigete pikaajalisem jälgimine.

LAMBLIOOSIHAIGETE RAVIST

N. ELSTEIN

1. Käesoleva töö järelduste aluseks on 360 lambliooosihaige jälgimine (1954—1959. aastal). Peamine lambliooosi patogeneesi mõistmises on, et haigus ei sõltu mitte ainult parasiidi omadustest, vaid vastastikutest suhetest makroorganismi, tekitaja ja keskkonna vahel.

Lambliooosi puhul on seedetrakti patoloogiale omane krooniline kulg. Olulist kohta kliinilises pildis omavad närvisüsteemi funktsionaalsed häired.

2. Ravis tuleb lähtuda kolmest printsiibist: a) lambliate hävitamine ja väljaviimine seedetraktist; b) organismi kaitseomaduste tõstmine, haigust soodustava organismi reaktiivsuse ja fooni muutmisega; c) närvisüsteemi funktsionaalsete häirete ja üksikute siseorganite patoloogia kõrvaldamine.

3. Üheks lambliooosihaigete ravi ebaedu põhjuseks on tähelepanu osutamine ainult etioloogilisele teraapiale. Vahelepeetult parasiidi vastu suunatud vahendite kompleksist on otsustavkohane kasutada akrihiini, fütontsiide (küüslauku või sibulat) koos toidu iseloomu muutmisega. Toit peab sisaldama vähemal hulgal süsivesikuid ja rasvu, rohkem valke («liha dieet») ja vitamiine (eriti B ja C).

4. Akrihiinteraapia ebaedu võib olla tingitud: a) makroorganismi mõjutamise ja keskkonna tingimuste muutmise vajaduse alahindamisest paralleelselt parasiidivastase raviga; b) akrihiiniresistentsete parasiidivormide tekke võimalusest; c) parasiidivastase aktiivsuse erinevast astmest mitmesugustel akrihiini seeriatel.

Akrihiinteraapia tuleb teostada kahe viiepäevase tsükliina, vaheaajaga 5—7 päeva. Juhul kui seejärel ei ole kadunud lamblid, on näidustatud ravi novarsenooli või osarsooliga. Parasiitide väljaviimiseks kasutatakse magneesiumsulfaadi 5% lahust kuni 500 cm³ päevas.

Antibiootikute vahetut toimet lambliatele pole täheldatud.

5. Organismi reaktiivsuse muutmiseks kasutatakse vereülekandeid, autohemoteraapiat, kampiloni ja infektsioonikollete saneerimist. Ei tohi unustada sümptomaatilist ravi (maomahl, pankreatiin, papaveriin jt.) Närvisüsteemi funktsionaalsete häirete puhul annab häid tulemusi füsioteraapia, hapniku nahaalune manustamine, rahustavad vahendid, väikesed dimedrooli annused. Arvestades haiguse kroonilist kulgu on vajalik laiemalt rakendada sanatoorium-kuurort ravi.

Lambliate kadumine ei osutu lõplikuks ravietaipiks. Real juhtudel ravijärgsed patoloogilised protsessid ei näita mitte lambliate apatogeensust, vaid viitavad mitteõigeaegsele lamblicosi diagnoosile (lambliate kandlus).

KROONILISTE MITTESPETSIIFILISTE PNEUMOONIAE KLIINILIS-STATISTILINE ANALÜÜS STATSONAARSETEL HAIGETEL

B. LIEBERMAN, Ö. PEETS

1. Kroonilised mittespetsiifilised pneumooniad on üheks peamiseks hospitaliseerimise ja letaalsuse põhjuseks terapeutilises osakonnas. Ühe Tallinna rajooni elanike 3029-st hospitaliseeritud juhust moodustas krooniline mittespetsiifiline pneumoonia 5,2%. Ajavahemikul 1956. a. jaan. kuni 1959. a. septembrini esinenud letaalsuse põhjustest moodustavad kroonilised mittespetsiifilised pneumooniad 11,6%.

2. Leidis kinnitust arvamuse kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia sagedast seosest täiskasvanutel kopsuhaigustega lapse või nooruki eas.

3. Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate teket soodustavate faktorite seas (ägedad pneumooniad, kroonilised bronhiidid, metatuberkuloossed, metakoniootilised ja vanadus pneumokleroosid, kroonilised sinusiidid) on esikohal ägedad pneumooniad. Kroonilise pneumoonia arengut võidi seostada ägeda pneumooniaga 65% haigetest.

4. Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate progresseerumisel on otstarbekas eraldada 3 varianti: a) retsidiveerumine ägenemise ja remissiooni vaheldumisega; b) kiire pidev progresseerumine ja c) peidetud progresseerumine, mille puhul kliiniliselt selged sümptoomid ilmnevad alles haiguse hilisstaadiumis.

5. Vajalik on kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia haigete dispanseerimine. Eduka dispanseerimise eelduseks on varane diagnoos.

ATSIDOFIIL-BAKTERMASSI RAVIMTOIMEST

A. VARES

1. Atsidofiilmass, mille valmistamistehnoloogia töötati välja autorite kollektiivi poolt, koosseisus: A. Altmeri, K. Voitik, E. Lemming, V. Rätsep, M. Uudisaru, T. Zahharova ja A. Tšernov, sisaldab ühes grammis preparaadis umbes 200—500 miljardit bakterit ja on peaaegu puhas atsidofiilkepikeste eluskultuur. Kõigis varem soovitatud atsidofiilproduktides oli mikroobide kontsentratsioon väiksem.

Uue preparaadi kliinilisel katsetusel seati ülesandeks selgitada tema ravimtoime rea haiguste puhul, määrata vajalik doos, kasutamiskiis, näidustused ja vastunäidustused. Uurimist teostati paralleelselt mitmes baasis nii statsionaaris kui polikliinikus. Üldse teostati uurimisi 294 haigel.

2. Seespidisel preparaadi kasutamisel 5,0 3 korda päevas $\frac{1}{2}$ tundi enne sööki, saadi head terapeutilist efekti krooniliste subatsiidsete ja anatsiidsete gastriitide, krooniliste hepatiidide, hepatokoletsüstiitide, koletsüstiitide, kolangiitide, krooniliste kõhukinnisuste ning kinnisuse ülekaaluga mao-seedetrakti düskineesiaste, krooniliste koliitide ja enterokoliitide puhul.

3. Raviefekt puudus ägeda ja kroonilise düsenteeria, düsenteeria pisikukandluse, mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve ning erineva etioloogiaga neurodermiitide ja ekseemide puhul (lokaalsel preparaadi manustamisel). Seejuures sageli täheldati vastupidist efekti (ägestumist).

4. Terapeutiline efekt rea krooniliste mao-sooletrakti haiguste ravil atsidofiil-baktermassiga viis söögiisu paranemisele, haigusega seotud ebameeldiva tunde kadumisele, kehakaalu tõusule, iste normaliseerumisele ja patoloogiliste

elementide kadumisele duodenaalmahlas. Seejuures mingisuguseid muutusi mao sekretoorses funktsioonis ei täheldatud.

Atsidofiil-baktermassi soodne toime mao-sooletrakti funktsioonile on meie arvamusel tingitud muutustest mao-sooletrakti bakteriaalses struktuuris, düsbakterioosi likvideerimisest ja haigete vitamiinibilansi normaliseerimisest.

RASEDUSE JA SÜNNITUSE KULG HÜPERTOONIA-TÖVE PUHUL

M. GOLNJEVA

1. Meie (47 juhtu), kui ka kirjanduse andmetel, võib rasedus soodustada hüpertooniatõve ilmnemist ja arenemist.

2. Hüpertooniatõve kulg raseduse korral sõltub haiguse staadiumist. Viimase hinnangul võeti aluseks G. Langi klassifikatsioon. I staadiumi esimeses faasis täheldatakse mõõdukat arteriaalse vererõhu tõusu. Silmapõhja ja neerude talitluse muutused kas puuduvad või nad on tühised. I staadiumi teises faasis esineb osal haigetel haiguskulu halvenemine. Hüpertooniatõve II staadiumi esinemisel täheldatakse juba raseduse alguses kõrget ja püsivat hüpertooniat, suuri muutusi silmapõhjas ja sageli kesknärvisüsteemi patoloogilisi muutusi.

3. Hüpertooniatõve korral esinevad sageli juba raseduse alguses hilistoksikooside nähud, kusjuures on kalduvus raseduse katkemisele ja loote üsasisesele hukkumisele.

4. Hüpertooniatõvega naistel täheldatakse sünnituse ajal sageli loote üsasisesese ohtliku asfüksia esinemist, mis tingib vajaduse sünnituse operatiivseks lõpetamiseks.

MÕNINGAID ANDMEID EMAKA MANUSTE ÄGEDATE JA ALAÄGEDATE PÕLETIKULISTE HAIGUSTE RAVIST

J. DESALÖT

1. Perioodil 1954—1957. a. oli meie vaatluse all 353 naist, keda raviti seoses ägedate ja alaägedate emaka manuste põletikuliste haigustega. Otstarbekaks osutus neil haigustel statsionaarne ravi. Keskmine voodipäevade arv oli 22.

2. Võrreldes teiste ravimeetoditega, parimaid koheseid ja hilistulemusi annab antibiootikumide kasutamine koos hirudoteraapiaga (63 naist). Vajalik on kõrvaldada või vähendada valuaistinguid. Seejuures ei maksa üle hinnata morfiini ja temale lähedaste medikamentide kasutamise ohtlikkust. Tingimata tuleb haigele kindlustada normaalne uni. Organismi kaitsefunktsioonide tõstmiseks tuleb kasutada vitamiine.

3. Emaka manuste ja parametriumi kotistunud mädastel protsessidel on näidustatud punktsioon järgneva antibiootikumide vahetu viimisega põletikulise protsessi koldesse.

SIGIMATUSE KONSERVATIIVSEST RAVIST

K. TAJUR

1. Meie andmeil peale adneksiitide konservatiivset ravi muutuvad munajuhad läbitavateks 35,5% ja rasestumine toimub 6,6%. Kolpiitide, endotservitsiitide ja erosioonide ravi järele on munajuhade läbitavus 60% ja rasestumine esineb 10% ravitutest.

2. Füsioterapeutilistest protseduuridest annavad parimaid tulemusi osokeriitravi (munajuhade läbitavuse taastumine 37,5%, rasestumine toimus 12,5%), diatermiaravi (vastavalt 35,8% ja 12,8%). Häid tulemusi annab ka kude-ravi, mille tulemusena täheldati munajuhade läbitavuse taastumist 44,4% juhtudest.

3. Munajuhade läbimatus esineb nii esmase kui ka teisese sigimatuse puhul peamiselt interstitsiaalses ja ampullaarses osas, mida tõestab hüsterosalpingograafia.

4. Nii diagnostika kui ka ravi eesmärgil on vajalik laiemalt kasutada hüsterosalpingograafiat. Real juhtudel anatoomiliselt vähe muutunud munajuhades jodolipool kõrvaldab põletikust tingitud limaskesta kleepumise.

MASTITIDE KOMPLEKSNE PROFÜLAKTIKA

K. SOOT

1. Sünnitusjärgne mastiitide profülaktika osutub kõige mõjuvamaks ja ratsionaalsemaks, kuna ta organiseeritakse ning teostatakse vastsündinu imetamise protsessil.

2. Tema aluseks on kaks printsiipi: a) laialdane piima-näärme sanitaar-hügieenilise režiimi pidamine; 2) piima-näärme funktsiooni säilitamine vastaval füsioloogilisel tase-mel laktatsiooni perioodil.

3. Profülaktika edu sõltub sünnitajale oskuslikult ja arusaadavalt tehtud informatsioonist, kõikide temale teostatavate profülaktiliste menetluste kohta. Suurt tähtsust omab ämmaemanda aktiivsus.

4. Väga oluline on mastiitide sümptoomide varane avastamine ja õigeaegne ravi.

INTERMEDIINI KASUTAMISEST MÕNINGATE OFTALMOLOOGILISTE HAIGUSTE PUHUL

E. KARU

1. Intermediini 5% lahus on näidustatud mitmete silmapõhja degeneratiivse iseloomuga haigusprotsesside (veresoonekesta müoopiline ja tuberkuloosne degeneratsioon, pigmentoosne retiniit, n. opticus'e atroofia jt.) ravis.

2. Intermediini kasutati 27 haigel. Ravi teostati sõltuvalt haigusprotsessi iseloomust 2—3 kuurina.

3. Positiivseid tulemusi saadi veresoonekesta müoopilisel degeneratsioonil 3 ja kollastähni tuberkuloosel degeneratsioonil 1 juhul. Paranemine oli põhiliselt subjektiivne. Silma funktsioonide csas ja silmapõhja pildis olulisi objektiivseid muutusi ei esinenud.

DIETUULSTILBESTROOLI KESTVA MANUSTAMISEGA INDUTSEERITUD KASVAJAD VALGETE HIIRTE MUNANDI INTERSTITSIAALKOES

V. BRESLER

Üheks tähtsaks endogeenseks faktoriks vähktõve patogeneesis on häired hormoonide ainevahetuses (L. Sabad, 1947, 1954, 1958). Hormoonide ainevahetuse häired viivad eksperimendis kasvaja arenemisele ainult teatavatel tingimustel: 1) kantserogeenseiks osutuvad ainult organismis tsükliiliselt moodustuvad hormoonid, s. t. niisugused ained, mis loomulikkudes tingimustes ei saa organismile toimida pidevalt ega pika aja vältel; 2) hormooni kantserogeenne efekt ilmneb pärast tema pidevat ja kestvat toimet; 3) on vajalik hormooni teatav annus; 4) muude võrdsete tingimuste juures tekivad kasvajakasv hormoonide mõjul ainult laboratoorsete loomade teatavatel liikidel või liinidel.

Östrogeenide kestval manustamisel on mõningatel hiirte liinidel saadud munandi kasvajakasv (Bonger ja Robson, Hooker, Gardner ja Pfeiffer jt.).

Enamiku liinide hiirtel aga kasvajate arenemist ei toimu (Burrows). Mittetöulistel hiirtel ei ole kasvajalist reaktsiooni östrogeenide kestval manustamisel kirjeldatud.

Katseloomadelt saadud materjali uuriti meie poolt histoloogiliselt ja histokeemiliselt.

Katsed viidi läbi 130 mittetöulisel isasel valgel hiirel. Loomad jaotati 4 rühma: I rühma 40 hiirt kiiritati röntgenikiirtega annuses 400 r, II rühma 20 hiirt said üldist kiiritust samasuguses annuses ja 50 gammat dietüülstilbestrooli nädalas, III rühma 20 hiirt said ainult 50 gammat dietüülstilbestrooli nädalas, IV rühma 50 hiirt said 250 gammat dietüülstilbestrooli nädalas. Katsed vältasid 10 kuud. Katsete tulemused olid erinevates rühmades isesugused.

1. Üldist röntgenikiiritust (400 r) saanud hiirtel ei tekkinud 10 kuu vältel mitte ühelgi juhul munandi kasvajat. Varakult (5—15 päeva) pärast kiiritamist surnud hiirtel täheldati histoloogiliselt spermigeense epiteeli osalist hävinemist, kuid juba 3 kuu pärast toimus testise elementide täielik regeneratsioon. Viiel loomal (12,5%) ilmnes äge leukoos.

2. Kiiritatud ja ühtlasi hormooni saanud hiirtel munandi kasvajaid ühelgi juhul ei täheldatud. Enamikul loomadel ilmnes munandi täielik atroofia ja ainult 2 hiirel esines interstitsiaalse koe nõrgaastmeline difuusne hüperplaasia. Neljal hiirel (20%) sedastati ägedat leukoosi.

3. Ainult 50 gammat nädalas dietüülstilbestrooli saanud hiirtel munandi kasvajaid ei esinenud, enamikul neist esines munandi täielik atroofia. Kolmel selle rühma hiirel täheldati täiesti lakanud spermigeneesi foonil interstitsiaalse koe kerget difuusset hüperplaasiat. Selle rühma loomadel vereloome häireid ei esinenud.

4. Nädalas 250 gammat dietüülstilbestrooli saanud hiirtest 5 avastati interstitsiaalse koe päritoluga munandi kasvajat. Kasvajad lokaliseerusid 3 hiirel paremas, 2 pahemas munandis. Kasvaja oli munandi valgekesta välja venitanud, läbilõikes oli näha kollakas kasvaja kude verevalanduste ja nekroosi kolletega. Kasvaja mõõtmed kõikusid 1—2,2 cm piire, nende kaal oli 0,9—2,8 g. Ühel juhul tehti kindlaks metastaas nimme piirkonnas lümfisõlme. 17 hiirel täheldati interstitsiaalse koe ebahühtlast difuusset hüperplaasiat.

Kolmel loomal esinesid munandis sõlmelised proliferaadid interstitsiaalse koe rakkudest, teistel ilmnes munandi täielik atroofia.

Kolmel hiirel, kellel olid kasvavad munandis, avastati hepatoomid; kahel loomal, kellel munandid olid täiesti atrofeerunud, esinesid harknäärme retikulosarkoomid.

5. Interstitsiaalsest koest kasvavad teevad läbi 4 arenemise staadiumi: a) interstitsiaalse koe ebaühtlane difuusne hüperplaasia; b) sõlmeline proliferaat; c) healoomuline kasvaja; d) pahaloomuline kasvaja.

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

Ф. Ю. РАУДКЕПП

Заслуженный врач Эстонской ССР,

А. В. ШЕВАЛЬЕ

Старший научный сотрудник

В нейрохирургическом отделении Таллинской республиканской больницы за последние 5 лет оперировано 10 больных в возрасте от 35 до 79 лет с внутримозговыми кровоизлияниями нетравматического происхождения. Несмотря на то, что большинство больных оперировалось в ранние сроки после инсульта и в крайне тяжелом состоянии, хорошие непосредственные результаты операции получены у 5 больных. Эффект операции наступает уже в ближайшие сутки и зависит от ликвидации давления гематомы, эвакуации мозгового детрита и уменьшения местного отека мозговой ткани.

Анализ наших случаев показал, что операция может быть с успехом предпринята как в ближайшие сутки после инсульта, так и в более отдаленные сроки. Поэтому в тяжелых случаях нет смысла выжидать неделю или больше, как это рекомендуется некоторыми нейрохирургами. Наиболее тяжелы в прогностическом отношении случаи церебровентрикулярного кровоизлияния. Однако ни примесь крови к ликвору, ни резкие менингеальные симптомы, ни общее тяжёлое состояние больного не должно само по себе считаться противопоказанием к оперативному вмешательству.

Следует признать обоснованной широкую костнопластическую трепанацию и обязательное вскрытие полости гематомы, так как одна лишь пункция не в состоянии обеспечить эвакуации кровянистых сгустков и мозгового детрита. При проведении операции на вторые сутки или позже гемостаз не представляет особых трудностей. Целесообразно применение гемостатической губки и использование гипотензивных средств.

В послеоперационном периоде, кроме назначения коагуляторов, антибиотиков и дегидратирующей терапии, следует прибегать к противосудорожным средствам, во избежание как раннего, так и позднего возникновения припадков.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАЦИОННОГО И ПОСЛЕ- ОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

В. Ф. СОЛОВЬЕВ

Несмотря на крупные успехи, достигнутые за последние десятилетия грудной хирургией, проблема профилактики и борьбы с операционным плевропульмональным шоком и нарушениями внешнего дыхания остается актуальной. Наш опыт ведения хирургических больных с заболеваниями органов грудной полости свидетельствует о том, что эти осложнения находятся в прямой зависимости от качества обезболивания, своевременного распознавания и лечения нарушения внешнего дыхания, в момент операции и в ближайшем после операции периоде.

Из оперированных нами под различными видами обезболивания 78 больных (70 оперировано в Н-ском дальневосточном военном госпитале и 8 в Таллинской Республиканской больнице), за период с 1955 г. по октябрь 1959 г. шок был отмечен у 19 человек. Все они были подвергнуты радикальным операциям по поводу хронических заболеваний легких, плевры, пищевода и средостения. Шок чаще возник у оперированных под обезболиванием без потенцирования (7 из 14). Реже наблюдался шок, когда местное или общее обезболивание потенцировалось нейроплегическими средствами, или, когда применялась гипотермия (12 из 48). Мы ни разу не отметили сколько-нибудь значительных гемодинамических сдвигов у остальных 16 больных, оперированных под наркозом с применением мышечных релаксантов. От шока умерло 3 больных. В борьбе с шоком применялся весь современный комплекс мероприятий. Наиболее эффективным оказывалось ранее внутриартериальное переливание крови. По нашему мнению, при тяжелых шоковых состояниях следует избегать применения сильно действующих стимулирующих средств.

У больных находящихся в шоке введением нейроплегических средств удается некоторое время поддерживать обменные процессы на низком уровне, что способствует сохранению резервных сил организма.

Одной из частых причин нарушения внешнего дыхания, вплоть до асфиксии и смерти, является механическая закупорка бронхального дерева на стороне, противоположной операции. После дезинтубации возможен и рефлекторный острый отек голосовых связок.

В наших наблюдениях отмечено 7 случаев нарушения внешнего дыхания: в 6 из них — в результате закупорки бронхов слизью или гноем, в 1 случае наступил острый отек голосовых связок после дезинтубации, потребовавший срочной трахеотомии. У 2 больных тяжелая форма асфиксии потребовала срочной бронхоскопии и отсасывания гноя из бронхов. В одном случае не была во-время распознана закупорка бронхиального дерева гноем, вследствие чего больная погибла от асфиксии. У остальных больных нарушение внешнего дыхания ликвидировано применением ингаляции, массажа грудной клетки, дачей йодистых препаратов и отхаркивающих микстур.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО АППЕНДИЦИТА

В. М. БРЕСЛЕР, Ш. А. ГУЛОРДАВА, А. Г. УЙБО

1. Аппендицит — одно из наиболее распространенных заболеваний человека и самое частое хирургическое заболевание. В Таллинской Республиканской больнице за 1950—1958 годы было произведено 7667 аппендэктомий, что составляет 44,5% всех хирургических вмешательств (кроме травматологических).

2. Анализ 2208 случаев острого аппендицита показывает, что имеется высокий процент расхождений клинических и патогистологических диагнозов, достигающий в отдельных группах 87,75%. Наличие такого высокого процента расхождений заставило нас проанализировать причины этого.

3. На основании клинических и морфологических данных мы разделили наш материал на 2 группы: 1) первично-острый аппендицит — 1125 случаев (50,06%); 2) обострение хронического аппендицита — 1083 случая (49,04%).

4. Приступ острого аппендицита вызывает глубокую морфологическую и биологическую перестройку в червеобразном отростке, которая способствует хроническому течению процесса с периодическими обострениями.

5. Обострения протекают со всеми морфологическими признаками аллергического воспаления (фибриноидные некрозы соединительной ткани, васкулиты, эозинофильные инфильтраты).

6. Неоперированный острый аппендицит дает в 70% случаев повторные приступы, т. е. переходит в хронический аппендицит. Хронический аппендицит обостряется в 72,7% случаев.

7. Обострение хронического аппендицита, по сравнению с приступом первично-острого аппендицита, имеет в своей клинической картине определенное своеобразие:

- а) До 60% больных обострением хронического аппендицита отмечают периодические приступы болей в прошлом.
- б) Боли начинаются в правой подвздошной области, тогда как при остром аппендиците — обычно с подложечной области.
- в) Болезненность при пальпации более локализована и в большинстве случаев резче всего выражена в точке Мак-Бурнея.
- г) Мышечная защита и симптом Щеткина-Блюмберга менее интенсивны и более локализованы, чем при остром аппендиците.

8. При обострении хронического аппендицита, из-за наличия спаек отростка с внутренними органами и брюшной стенкой (в среднем около 50% случаев) и часто атипичного расположения отростка, значительно затрудняется проведение операции.

9. Из-за падения сопротивляемости тканей, ломкости сосудов, наличия дремлющей инфекции, при хроническом воспалении значительно выше процент послеоперационных осложнений. При обострении хронического аппендицита удлиняется также время пребывания больного на койке.

10. Исходя из сказанного предлагается:

- а) Выделять обострение хронического аппендицита, как особую форму среди острых аппендицитов.
- б) При постановке диагноза обострения хронического аппендицита проводить экстренную операцию по заранее продуманному плану с учетом возможных трудностей.
- в) Усилить санитарно-просветительную работу среди населения, чтобы ни один приступ острого аппендицита не подвергался самолечению.
- г) Больных хроническим аппендицитом оперировать в плановом порядке, но возможно быстрее, не допуская обострения процесса.

АППЕНДИЦИТ И ТОНЗИЛЛИТ

А. И. ТУХ.

Острый аппендицит может сопровождаться острым или обостренным хроническим амигдалитом, либо же наступлением через небольшой интервал времени после затихания, явлений ангины. Приступу острого аппендицита ангина предшествует в 3% и катарр верхних дыхательных путей — в 26,5% (В. Н. Колесов).

Исходя из этого каждый больной, особенно детского возраста, при подозрении на острый аппендицит подлежит обязательному фарингоскопическому осмотру.

Врачебная тактика при одновременном наличии явлений острого аппендицита и острого амигдалита требует крайней осторожности, чтобы не относить все симптомы, имеющиеся у больного, к одной распознанной болезни, исключая возможность полипатии. Целесообразно, чтобы больной с подозрением на острый аппендицит при наличии ангины был госпитализирован с соблюдением правил соответствующей изоляции. В случае нарастания симптомов «острого живота» показано оперативное вмешательство, так как в таких случаях наличие ангины не может служить противопоказанием к лапаротомии.

О МЕТОДАХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ В ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ТАЛЛИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Б. Х. ЛЕХЕПУУ.

1. Преобладающим методом обезболивания в Таллинской Республиканской больнице является местное обезболивание, хотя частота его применения имеет тенденцию к снижению за счет все большего применения эфирно-кислородного наркоза.

2. Потенцированное обезболивание и комбинированные его методы являются лучшими в современной хирургии. В 1958 г. в Таллинской Республиканской больнице они применялись еще недостаточно из-за трудностей, связанных с получением соответствующей аппаратуры и медикаментов.

3. В дальнейшем следует шире применять как комбинированное обезболивание, так и плановое сочетание наркоза с местным обезболиванием.

В крупных лечебных учреждениях настоятельно необходимо создание бригад анестезиологов во главе с врачом-анестезиологом.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ОСТЕОСИНТЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ

Б. Г. ЭНИЛИНЕ,

Заслуженный врач Эстонской ССР

Наряду с основными консервативными методами лечения, в комплексной терапии переломов костей определенное место занимает остеосинтез, который применяется в тех случаях, где консервативные методы не обеспечивают хороших результатов.

Остеосинтез дополняет консервативные методы и расширяет возможности эффективного лечения переломов.

Несмотря на большое место остеосинтеза в комплексном лечении переломов костей, его удельный вес, по сравнению с консервативными методами, невысок. В травматологическом отделении Таллинской Республиканской больницы оперативный метод лечения применялся в 19% случаев переломов костей конечностей.

В зависимости от локализации перелома удельный вес остеосинтеза колебался между 2,2% и 59%. При остеосинтезе переломов трубчатых костей применялся, главным образом, метод внутрикостной фиксации металлическим стержнем. В последнее время, при лечении открытых переломов, чаще применяется первичный остеосинтез.

АППАРАТ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ш. А. ГУЛОРДАВА

Подавляющее большинство хирургов считает остеосинтез переломов шейки бедренной кости трехлопастным гвоздем методом выбора. Об этом убедительно свидетельствуют результаты лечения переломов шейки бедренной кости, полученные при применении различных модификаций метода Смита-Петерсена.

Если целесообразность применения трехлопастного гвоздя для большинства хирургов стало бесспорной, то в методике вколачивания гвоздя, из-за сложности последней, все еще нет единого мнения. Этим и объясняется недостаточное распространения предложенных способов (Б. А. Петров, Е. Ф. Яснов, А. В. Каплан, С. Г. Рукоуев, Л. Я. Шостак, Ю. А. Эннуло и др.) проведения остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости.

Основываясь на полученном опыте при проведении этой операции, автор сконструировал аппарат для проведения остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости.

Аппарат портативен, имеет градусное деление в двух направлениях, обеспечивающее нужное положение металлическому стержню, в направлении которого вколачивается трехлопастный гвоздь. Угол и глубина введения гвоздя определяются на рентгеновском снимке в двух проекциях, при помощи ориентира-измерителя, предварительно введённого в область большого бугра. Точкой вколачивания служит наиболее удобное в анатомическом отношении место — подвертельная область

кпереди от срединной линии на 0,3—0,5 мм (в зависимости от толщины бедренной кости). Во время самой операции угломер нанизывается на ориентир-измеритель, после чего трехлопастный гвоздь вводится в заданном направлении.

По ходу операции производятся контрольные снимки в двух проекциях. После уточнения правильности направления, трехлопастный гвоздь вколачивается на нужную глубину. При отсутствии возможности производства контрольных снимков непосредственно на операционном столе, остеосинтез медиальных переломов шейки бедренной кости, по предложению Л. Я. Шостака, может успешно проводиться и по предварительному расчёту.

Предварительное испытание аппарата подтвердило его удобство в применении.

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. А. ФРЕЙБЕРГ,

Кандидат медицинских наук

1. Врождённые атрезии и стенозы двенадцатиперстной кишки, являющиеся относительно редкими пороками развития, возникают в первые месяцы внутриутробной жизни.

2. Основным клиническим симптомом является неукротимая рвота, которая появляется в первые дни жизни ребенка. Вскоре присоединяются все признаки механической непроходимости кишечника. Рентгенологическое исследование выявляет характерную картину.

3. Своевременное оперативное вмешательство — единственный путь к возможному сохранению жизни новорожденного, страдающего непроходимостью кишечника. Поэтому показания к оперативному вмешательству должны ставиться шире, даже при минимальных шансах на успех.

4. Особенно большое значение имеют сроки оперативного вмешательства. Единственным поводом для отсрочки операции может явиться резкое истощение и обезвоживание новорожденного. В таких случаях перед операцией необходимы в течение суток капельное внутривенное вливание жидкостей и повторные эвакуации содержимого желудка.

5. Неблагоприятный исход оперативного печения в поздние сроки чаще всего зависит от присоединения пневмонии, перитонита или общего истощения и интоксикации.

6. Непременным условием для дальнейшего улучшения результатов оперативного лечения непроходимости кишечника у новорожденных является повышение качества диагностики этих состояний и совершенствование хирургической техники.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ РАДИОАКТИВНЫМ ФОСФОРОМ

А. Э. МАРДНА

1. В течение 1957—1959 г.г. лечение радиоактивным фосфором прошли 14 больных полицитемией. Терапия P^{32} , хотя она и не является патогенетической, наиболее эффективна из всех существующих методов. P^{32} , как средство внутреннего облучения, приводит к нормализации созревания красного и белого ростков крови.

2. P^{32} больные получали перорально в 10—20% растворе глюкозы. На курс лечения давалось 4—7 mCi в три приёма с интервалом в 6—7 дней. Дозировка в каждом случае индивидуализировалась. Побочных явлений не отмечено.

3. Противопоказаниями к применению P^{32} являются анемия, лейкопения, тромбопения, нарушения функций печени или почек и др. Хотя среди противопоказаний значится и нарушение мозгового кровообращения, мы при этом применили P^{32} , добившись улучшения как в гематологическом, так и в неврологическом статусе.

4. Учитывая хорошую переносимость P^{32} и отсутствие каких-либо осложнений при его применении, в отдельных случаях после тщательного обследования и при постоянном контроле, лечение проводилось амбулаторно.

5. Субъективное и объективное улучшение состояния, а также восстановление трудоспособности больных, дают основание оценивать предварительные результаты применения P^{32} при полицитемии как хорошие. Окончательные выводы могут быть сделаны после более длительного наблюдения.

О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛАМБЛИОЗОМ

Н. В. ЭЛЬШТЕИН

1. В основе выводов настоящей работы — наблюдения (1954—1959 гг.) за 360 больными ламблиозом. Главное в понимании патогенеза последнего то, что заболевание зависит не только от свойств паразита, но от взаимных влияний макроорганизма, возбудителя и среды. Патологии системы пищеваре-

ния при ламблиозе присуще хроническое течение. Большое место в клинической картине занимают функциональные расстройства нервной системы.

2. При лечении следует руководствоваться тремя принципами: а) уничтожение и выведение ламблий из пищеварительного тракта, б) повышение защитных свойств организма, изменение его реактивности и фона, поддерживающего заболевание, в) устранение функциональных расстройств нервной системы и патологии отдельных внутренних органов.

3. Одна из причин неудач лечения больных ламблиозом — сосредоточение внимания только на этиологической терапии. В комплексе мер направленных непосредственно против паразитов целесообразно применение акрихина, фитонцидов чеснока или лука на фоне обязательного изменения характера питания. Пища должна содержать меньше углеводов и жиров, больше белков («мясная диета») и витаминов (особенно В и С).

4. Неэффективность акрихинотерапии может быть обусловлена следующими причинами: а) недооценкой необходимости параллельного воздействия на макроорганизм и изменения условий среды, б) возможным возникновением акрихино-устойчивых форм паразитов, в) различной степенью противопаразитарной активности разных серий акрихина.

Акрихинотерапию необходимо проводить двумя пятидневными циклами с промежутком в 5—7 дней. Там, где после этого не достигнуто исчезновение ламблий, показано лечение новарсенолом или осарсолом. Для выведения паразитов применяется 5% раствор сернокислой магнезии до 500 см³ в день.

Непосредственное действие антибиотиков на ламблии не доказано.

5. Для изменения реактивности организма применяются переливания крови, аутогемотерапия, камполон, санация очагов инфекции. Не следует забывать о симптоматической терапии (желудочный сок, панкреатин, папаверин и др.). При наличии функциональных расстройств нервной системы хорошие результаты даёт физиотерапия, подкожное введение кислорода, седативные средства, небольшие дозы димедрола. Учитывая хроническое течение болезни, необходимо шире прибегать к санаторно-курортному лечению.

Исчезновение ламблий не является конечным этапом терапии. Сохраняющийся после этого в ряде случаев патологический процесс не может служить доказательством непатогенности ламблий, а свидетельствует о несвоевременном распознавании ламблиоза (ламблионосительства).

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ

Б. М. ЛИБЕРМАН, Ы. И. ПЕЕТС

1. Хронические неспецифические пневмонии являются одной из ведущих причин госпитализации и летальности в терапевтическом отделении. Из 3029 случаев госпитализации жителей одного из районов г. Таллина хронические неспецифические пневмонии послужили причиной помещения в больницу в 5,2%. За период с января 1956 г. по сентябрь 1959 г. удельный вес хронических неспецифических пневмоний среди причин летальности составил 11,6%.

2. Подтверждается мнение о частой связи хронической неспецифической пневмонии у взрослых с заболеваниями легких в детском и юношеском возрастах.

3. Среди различных факторов, способствующих возникновению хронической неспецифической пневмонии (острые пневмонии, хронические бронхиты, метатуберкулёзные, метатконииотические, старческие пневмосклерозы, хронические синуситы и др.) наибольшее значение имеют острые пневмонии. Развитие хронической пневмонии могло быть поставлено в связь с острой пневмонией у 65% больных.

4. Целесообразно выделить 3 варианта прогрессирования хронических неспецифических пневмоний: а) рецидивирование с чередованием обострений и ремиссий, б) быстрое непрерывное прогрессирование, в) скрытое прогрессирование, при котором клинически отчётливые симптомы обнаруживаются лишь в поздней стадии болезни.

5. Необходима диспансеризация больных хроническими неспецифическими пневмониями. Предпосылкой эффективной диспансеризации должна быть ранняя диагностика.

О ЛЕЧЕБНЫХ СВОЙСТВАХ АЦИДОФИЛЬНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ МАССЫ

А. М. ВАРЕС

1. Ацидофильная масса, технология изготовления которой была разработана авторским коллективом в составе А. Алтмери, К. Войтик, Э. Леминг, В. Рятсеп, М. Уудисару, Т. Захаровой и А. Чернова, содержит в одном грамме препарата около 200—500 миллиардов бактерий и представляет собой почти чистую живую

культуру ацидофильной палочки. Все другие ранее предложенные ацидофильные продукты отличались меньшей концентрацией микробов. Клиническое испытание нового препарата ставило перед собой задачу выяснить его лечебный эффект при ряде заболеваний, установить дозировку, способ применения, показания и противопоказания к лечению. Наблюдения велись как в стационарах, так и в поликлинике. Число больных — 294.

2. При внутреннем употреблении препарата 3 раза в день по 5,0 за $1/2$ часа до еды хороший терапевтический эффект получен при хронических субацидных и анацидных гастритах, хронических гепатитах, хронических запорах и дискинезиях желудочно-кишечного тракта с преобладанием запоров, хронических колитах и энтероколитах.

3. Лечебный эффект отсутствовал при острой, хронической дизентерии и дизентерийном бациллоносительстве, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при нейродермитах и экземах различной этиологии (при местном применении препарата). При этом отмечен отрицательный эффект (обострения).

4. Терапевтический эффект при лечении различных хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта ацидофильно-бактериальной массой сводился к улучшению аппетита, исчезновению неприятных ощущений, связанных с заболеванием, нарастанию веса тела, нормализации стула и исчезновению патологических элементов в дуоденальном содержимом. Наряду с этим каких-либо сдвигов в секреторной функции желудка не отмечено.

Благотворное действие ацидофильно-бактериальной массы на функцию желудочно-кишечного тракта, по нашему мнению, связано с изменением бактериального пейзажа желудочно-кишечного тракта, ликвидацией дисбактериоза и нормализацией витаминного баланса у больных.

О ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

М. М. ГОЛЬНЕВА

1. По нашим наблюдениям (47 женщин) и литературным данным, беременность может способствовать появлению и развитию гипертонической болезни.

2. Течение гипертонической болезни при беременности зависит от стадии заболевания. В оценке последней мы придерживались классификации Г. Ф. Ланга. При первой фазе I стадии отмечается умеренное повышение артериального давления, а изменения главного дна и нарушения деятельности почек отсутствуют или весьма незначительны. При второй фазе I стадии у некоторых больных отмечается уже ухудшение течения заболевания. При II стадии с самого начала беременности наблюдается высокая и стойкая гипертония, резкие изменения глазного дна и нередко значительные патологические изменения центральной нервной системы.

3. При гипертонической болезни отмечается частое появление поздних токсикозов в более ранние сроки, склонность к преждевременному прерыванию беременности и внутриутробной гибели плода.

4. Во время родов у женщин, страдающих гипертонической болезнью, может наблюдаться угрожающая внутриутробная асфиксия плода, вследствие чего встает необходимость применения оперативного вмешательства для родоразрешения.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ПОДОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Ю. И. ДЕШАЛЫТ

1. В период 1954—1957 г.г. под нашим наблюдением находилось 353 женщины, лечившихся по поводу острых и подострых воспалительных заболеваний придатков матки. При этих болезнях наиболее целесообразно стационарное лечение. Средний койко-день равнялся 22.

2. Сравнительно с другими методами лечения, лучшие непосредственные и отдаленные результаты получены при применении антибиотиков совместно с гирудотерапией (63 женщины). Очень важно снять или уменьшать болевые ощущения. Не следует при этом преувеличивать опасность применения морфина и близких к нему медикаментов. Необходимо обеспечить больным нормальный сон. С целью поднятия защитных функций организма применяются витамины.

3. При осумкованных гнойных процессах придатков матки и параметрия показана пункция с последующим введением антибиотиков непосредственно в очаг воспалительного процесса.

О КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

К. М. ТАЮР

1. По нашим данным, после консервативного лечения аднекситов проходимость фаллопиевых труб восстановилась в 35,5% случаев и в 6,6% наступила беременность. В результате лечения кольпитов, эндоцервицитов и эрозий проходимость фаллопиевых труб восстановилась в 60% случаев и в 10% наступила беременность.

2. Из физиотерапевтических процедур наилучшие результаты даёт озокеритотерапия (проходимость фаллопиевых труб восстановилась в 37,5% случаев и в 12,5% — наступила беременность) и диатермия (соответственно — 35,8% и 12,8%).

Хорошие результаты даёт тканевая терапия, при которой в 44,4% случаев отмечено восстановление проходимости фаллопиевых труб.

3. Непроходимость фаллопиевых труб наблюдается как при первичной, так и при вторичной беременности, главным образом, в их интерстициальной и ампулярной частях, что подтверждается гистеросалпингографией.

4. В диагностических и лечебных целях необходимо шире применять гистеросалпингографию, ввиду того, что в ряде случаев йодолипол делает возможным устранение склеивания анатомически мало измененной слизистой фаллопиевых труб при их воспалении.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА МАСТИТОВ

К. Я. СЕЭТ

1. Послеродовая профилактика маститов является самой действенной и рациональной, т. к. она организуется и проводится в процессе вскармливания новорожденного.

2. В основе её два принципа: а) соблюдение широкого санитарно-гигиенического режима молочной железы и б) сохранение на соответствующем физиологическом уровне функции молочной железы при лактации.

3. Успех профилактики зависит от умелой и доходчивой информации родильниц о целесообразности проводимых профилактических мероприятий. Большое значение имеет активность акушерки.

4. Очень важно раннее выявление продромальных симптомов и своевременное лечение маститов.

О ПРИМЕНЕНИИ ИНТЕРМИДИНА ПРИ НЕКОТОРЫХ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Э. А. КАРУ

1. 5% раствор интермидина может применяться с лечебной целью при некоторых заболеваниях глазного дна дегенеративного происхождения: миопическая и туберкулёзная дегенерация сосудистой оболочки, пигментный ретинит, атрофия зрительного нерва и др.

2. Интермидин применён у 27 больных. В зависимости от патологического процесса терапия проводилась в 2—3 курса.

3. Положительный результат отмечен у трех больных миопической дегенерацией сосудистой оболочки и в одном случае при туберкулёзной дегенерации жёлтого пятна. Улучшение носило субъективный характер. Объективное улучшение со стороны функции глаза и, в частности, глазного дна не было выражено.

ОПУХОЛИ ИЗ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ ЯИЧКА БЕЛЫХ МЫШЕЙ, ИНДУЦИРОВАННЫЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ДИЭТИЛСТИЛЬБЭСТРОЛА

В. М. БРЕСЛЕР

Одним из важных эндогенных факторов в патогенезе рака является нарушение гормонального обмена (Л. М. Шабад 1947, 1954, 1958). Нарушения гормонального обмена в эксперименте приводят к развитию опухоли только при определённых условиях: 1) канцерогенными являются лишь циклически образующиеся в организме гормоны, т. е. не могущие в естественных условиях воздействовать на организм длительно и непрерывно; 2) канцерогенный эффект гормона проявляется после его длительного непрерывного воздействия; 3) необходима определённая доза гормона; 4) при прочих равных условиях опухоли под воздействием гормонов возникают только у определённых видов и даже линий лабораторных животных.

При длительном применении эстрогенов у мышей некоторых линий были получены опухоли яичка (Бонсер и Робсон, Хукер, Гарднер и Пфейфер и др.). У мышей большинства линий, однако, развития опухоли не происходит (Берроус). Реакция беспородных белых мышей на длительное введение эстрогенов в литературе не освещена.

Материал от подопытных животных обследован гистологически и гистохимически.

Нами были поставлены опыты на 130 беспородных белых мышках — самцах. Животные были разделены на 4 группы: I группа — 40 мышей, подвернутых общему облучению в дозе 400 г, II группа — 20 мышей, подвергнутых общему облучению в дозе 400 г и получавших по 50 гамма диэтилстильбэстрола в неделю; III группа — 20 мышей получавших 50 гамма диэтилстильбэстрола в неделю; IV группа — 50 мышей, получавших по 250 гамма диэтилстильбэстрола в неделю. Продолжительность опыта до 10 месяцев. Результаты опытов оказались различными в группах с разным воздействием.

I. У мышей, подвергнутых общему облучению в дозе 400 г опухоли яичка не возникли в течение 10 месяцев ни в одном случае. У мышей погибших в ранние сроки после облучения (5—15 дней) в яичках гистологически отмечалась гибель части спермиогенного эпителия, однако уже к 3 месяцам наступала полная регенерация элементов яичка. У 5 животных (12,5%) отмечен острый лейкоз.

II. У мышей подвергнутых общему облучению в дозе 400 г и получавших по 50 гамма диэтилстильбэстрола в неделю опухолей яичка ни в одном случае отмечено не было. У большинства животных обнаружена картина полной атрофии яичка, лишь у 2 мышей отмечена слабая степень диффузной гиперплазии интерстициальной ткани. У 4 мышей (20%) обнаружен острый лейкоз.

III. У животных, получавших по 50 гамма диэтилстильбэстрола в неделю опухолей яичка обнаружено не было. У большинства мышей имелась полная атрофия яичка; у 3 мышей на фоне полного прекращения спермиогенеза имелась небольшая диффузная гиперплазия интерстициальной ткани. У животных этой группы нарушений кроветворения не было.

IV. У мышей, получавших по 250 гамма диэтилстильбэстрола в неделю опухоли яичка, происходящие из интерстициальной ткани были обнаружены у 5 животных. Опухоли локализовались у 3 мышей в правом яичке, у 2 — в левом. Опухоли растягивали белочную оболочку яичка, на разрезе — ткань из желтоватого цвета с фокусами кровоизлияний и некрозов.

Диаметр опухолей колебался от 1 см до 2,2 см; вес — от 0,9 до 2,8 грамма. В одном случае имелся метастаз в поясничный лимфатический узел. У 17 мышей отмечена диффузная

неравномерная гиперплазия интерстициальной ткани. У 3 животных обнаружены в яичке нодозные пролифераты из интерстициальных клеток, у остальных мышей резкая полная атрофия яичка. У 3 мышей, имеющих опухоль яичка, обнаружены гепатомы; у 2 мышей с полной атрофией яичка — ретикулосаркомы зубной железы.

V. Опухоли из интерстициальной ткани в своем развитии проходят 4 стадии: 1) диффузная неравномерная гиперплазия интерстициальной ткани; 2) нодозный пролиферат; 3) доброкачественная опухоль; 4) злокачественная опухоль.

TASUTA

A
24 267

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00900142 3