ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян М. К. Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1980, 2, с. 210.
2. Абрамян М. К. В сб.: Вопросы гастроэнтерологии. Ереван, 1985, с. 94.
3. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
4. Арутюнян В. М., Еганян Г. А. Иммунокомпетентная система при амилоидозе и некоторых эндокринных нарушениях. Ереван, 1986.
5. Бегларян А. Г. Автореф. дис. докт. М., 1962.
6. Ларский Э. Г., Лемперт М. Д. В кн.: Биохимические методы исследования. М., 1960, с. 118.
7. Мурадханян К. С., Татян М. В., Айрапетян И. М. В кн.: Мат. II научн. конф. Ин-та экспер. биологии АН АрмССР, Ереван, 1968, с. 47.
8. Чеботарев В. Ф. Эндокринная регуляция иммуногенеза. Киев, 1979.
9. Matou H. Sem. Hop. Paris, 1970, 45, 2080.
10. Mancini G., Carbonara A. O., Heremans J. F. Immunochemistry, 1965, 2, 3, 235.
11. Pierpaolis W., Koop H. G., Muller J., Keller M. Cell. Immunol., 1977, 29, 16.

УДК 616—018+617.55—089]:616.073

В. Г. ОГАНЕСЯН, Р. Г. СИМОНЯН

МНОГОТОЧЕЧНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРМОМЕТРИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Проводилось сравнительное электротермометрическое исследование у больных абдоминальной формой ПБ и некоторыми острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости (ОХЗБП) с помощью усовершенствованного многоточечного электротермометра ТММ-10Д.

Полученные результаты позволяют рекомендовать электротермометрию в качестве вспомогательного метода дифференциальной диагностики абдоминальной формы ПБ и ряда ОХЗБП.

Абдоминальная форма ПБ начинается с болей в брюшной полости, чаще всего локализующихся в области правого подреберья или правой подвздошной области, нередко в области левого подреберья, внизу живота. Далее боли распространяются по всему животу, причем живот почти не участвует в акте дыхания, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Одновременно повышается температура, учащается пульс.

Как видим, абдоминальная форма ПБ во время приступа очень похожа на симптоматику острого живота, вызванного рядом острых хирургических заболеваний брюшной полости (ОХЗБП), что является нередко причиной необоснованных операций, таких как аппендэктомия, холецистэктомия, лапаротомия. После оперативных вмешательств обычно наступает кратковременная ремиссия, однако через некоторое время (от 2—3 нед. до 2—4 мес.) приступы возобновляются, учащаются, повышается их интенсивность. Операции способствуют спайкообразованию, развитию частичной кишечной непроходимости. У таких больных живот бывает испещрен многочисленными рубцами — «географический живот» [1].

Нами изучались истории болезней 316 больных с абдоминальной формой ПБ, подвергнутых различным операциям. У 78 больных была произведена аппендэктомия, у 24 — холецистэктомия, у 10 — в разные сроки аппендэктомия и холецистэктомия, у 12 — лапаротомия и аппендэктомия, из коих 8 больных подвергались лапаротомии один раз, 3 — 2 и один больной — 3 раза.

Исследуя больных с абдоминальной формой ПБ во время приступа, мы убедились, что имеются большие трудности в дифференциальной диагностике этой патологии и некоторых ОХЗБП.

Согласно имеющимся литературным данным, при дифференциальной диагностике ряда ОХЗБП успешно применялся метод термометрических измерений, так как известно, что в проекции воспаленного органа имеет место повышение температуры кожного покрова [2—5]. Учитывая этот факт, нами предлагается проводить измерение температуры кожи передней стенки брюшной полости в динамике в качестве вспомогательного метода при дифференциальной диагностике абдоминальной формы ПБ и ОХЗБП. Для термометрических измерений нами использовался многоточечный электротермометр ТММ-10Д, разработанный в ИРФЭ АН АрмССР, который позволяет последовательным образом измерять температуру кожи в десяти разных точках. В отличие от известных термометров (ТЕМП, ЭТМ-3Б) он оснащен цифровой шкалой, диапазон его измерений составляет от -20 до $+50^{\circ}\text{C}$, точность измерения — $\pm 0,1^{\circ}\text{C}$. Прибор имеет 10 датчиков, время измерения при хорошем контакте 30—60 сек.

Для измерения температуры передняя стенка брюшной полости делится на 9 зон. Измеряется температура в правом и левом подреберьях по сосочковым линиям, в мезогастральной, правой и левой подвздошных, эпигастральной, пупочной и гипогастральной областях.

Исследование проводится в положении больного лежа на спине (кожные покровы освобождаются от одежды) после адаптации к окружающей среде (8—10 мин) при температуре $20-21^{\circ}\text{C}$. Датчики прикрепляются к телу при помощи резиновых лент.

Многоточечная термометрия проводилась у 166 больных абдоминальной формой ПБ и ОХЗБП, а также у 22 практически здоровых лиц, которые составляли контрольную группу. Первую группу (83 чел.) составляли больные с различными ОХЗБП, из коих 17—с острым простым аппендицитом, а 29—с деструктивными формами (10—с местным перитонитом, 5—разлитым гнойным перитонитом и 14—без перитонита), 20—острым холециститом, причем у 1 больного он был осложнен местным перитонитом. У 17 больных была перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки, с разлитым гнойным перитонитом—у 14 и местным—у 3 больных. Вторую группу (83 чел.) составляли больные с абдоминальной формой ПБ.

У лиц контрольной группы температура в разных точках была $33,1-34,1^{\circ}\text{C}$. При простом остром аппендиците температура в этих точках почти сохранялась в пределах нормы. У больных с деструктивным аппендицитом наиболее высокая температура наблюдалась в правой подвздошной области и доходила до $35,5 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$, а при наличии местно-

го перитонита поднималась до $36,9 \pm 0,4^\circ\text{C}$. При остром холецистите самая высокая температура обнаруживается в области правого подреберья — $36,1 \pm 0,3^\circ\text{C}$, а разница температур в других областях составляет $1,6-1,8^\circ\text{C}$. У больных с перфоративной язвой желудка значительное повышение температуры наблюдалось в эпигастральной и частично в правой подреберной областях — $36,7-36,9^\circ\text{C}$. У больных с разлитым перитонитом независимо от его генеза температура кожного покрова передней стенки брюшной полости повышалась до $37,1-37,3^\circ\text{C}$. Асимметрии температур почти не наблюдалось.

У больных ПБ проводилась динамическая термометрия: во время приступа (в течение 2—6 часов), после приступа на 2—3-й дни (когда температура тела нормализовалась, но сохранялось мышечное напряжение передней стенки брюшной полости) и вне приступа (когда мышечное напряжение отсутствовало).

Полученные данные показали, что температура кожи в исследуемых точках в первые часы приступа поднимается почти равномерно, достигая $35,2 \pm 0,7^\circ$, сохраняясь до тех пор, пока наблюдается мышечное напряжение, несмотря на то, что общая температура тела начинает понижаться. Разница температур в различных зонах составляет $0,5-0,6^\circ\text{C}$. Повышенная температура во всех зонах держится до тех пор, пока наблюдается болевой синдром (2—4 дня). В период разрешения параллельно с ослаблением напряжения мышц постепенно понижается температура кожи, достигая $34,7 \pm 0,4^\circ\text{C}$. Вне приступа температура во всех зонах опускается и достигает нормальных величин.

Итак, у больных абдоминальной формой ПБ температура кожного покрова в исследуемых зонах держится на более низких цифрах, по сравнению с больными ОХЗБП, и не наблюдается заметной асимметрии температур.

Предложенный метод многоточечной электротермометрии доступен, не инвазивен и не требует специальной подготовки медперсонала. Исходя из вышесказанного, исследование с помощью данного метода может применяться как дополнительный метод для дифференциальной диагностики абдоминальной формы ПБ и острых хирургических заболеваний брюшной полости.

Кафедра хирургии № 1 Ереванского
медицинского института

Поступила 21/X 1988 г.

Վ. Հ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Ռ. Հ. ՍԻՄՈՆՅԱՆ

**ԱՍԶՄԱԿԵՏԱՅԻՆ ԷԼԵԿՏՐԱԶԵՐՏԵՐՄԱԶԱՓՈՒՄԸ ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ
ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ՁԵՎԻ ԵՎ ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ԽՈՌՈՋԻ ՈՐՈՇ ՍՈՒՐ,
ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻԶ
ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵԶ**

Բազմակետային կատարելագործված էլեկտրաչերմաչափի միջոցով անց է կացվել համեմատական էլեկտրաչերմաչափում պարբերական հիվանդության որովայնային ձևով և որովայնային խոռոչի որոշ սուր վիրաբուժական հիվանդություններով անձանց մոտ:

*Ստացված տվյալները թույլ են տալիս առաջարկելու էլեկտրաչերմաշա-
փուլը, որպես օժանդակ մեթոդ այդ պաթոլոգիաների տարբերակիչ ախտորոշ-
ման համար:*

V. H. HOVANESSIAN, R. H. SIMONIAN

THE MULTIPPOINT ELECTROTHERMOMETRY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THE ABDOMINAL FORM OF PERIODIC DISEASE AND SOME ACUTE SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY

The comparative electrothermometric investigations have been carried out in patients with the abdominal form of periodic disease and some acute surgical diseases of the abdominal cavity. The results obtained allow to recommend the electrothermometry with the help of the modified multipoint electrothermometer TMM—100 as an additional method of differential diagnosis of these pathologies.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
2. Дейнеко Н. Ф., Жук М. А., Белоусов Ю. В. Термографический метод исследования в гастроэнтерологии. М., 1986.
3. Самофалов А. А. Вестн. хир., 1967, 10, с. 50.
4. Свитич Ю. М., Вебер В. Р., Фаерман Я. И. Клин. хир., 1984, 4, с. 55.
5. Романенко Н. Я. Клин. хир., 1978, 3, с. 57.

УДК 616.127—005.8—08

Р. П. СТАМБОЛЦЯН, М. Ф. ДРАМПЯН, Ю. А. АЗАТЯН,
К. С. АСАТРЯН, М. А. ТАТЕВОСЯН

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Изучено состояние больного до развития инфаркта миокарда. Установлено влияние прогностического значения предшествующего состояния больного на тяжесть клинического течения и исход заболевания.

Известно, что клиническое течение инфаркта миокарда (ИМ) у различных больных протекает по-разному в зависимости от многочисленных факторов. Однако описание клинического течения недостаточно для полной характеристики ИМ. Необходима его количественная оценка на основании многофакторного анализа, поскольку она даст возможность не только прогнозировать течение болезни, но и оценить эффективность предпринятых терапевтических воздействий [1]. Следует отметить, что тяжесть клинического течения и исход болезни во многом зависят от состояния больного до перенесенного ИМ, в том числе и его индивидуальных качеств (пол, возраст, конституция и т. д.).

В настоящее время предложены многочисленные прогностические индексы, которые позволяют определить в баллах вероятность выживания по совокупности выявленных у больного при обследовании симпто-