

логическом диспансере. В связи с этим сестра больного была госпитализирована в клинику для повторного обследования. Приводим эти результаты.

Н., 29 лет, считает себя больной с 12 лет, когда впервые стала ощущать одышку при физической нагрузке. Ухудшение состояния появилось в 1977 г. после значительных эмоциональных и физических перегрузок — усилилась одышка, появились боли в области сердца колющего характера, сердцебиение. В 1980 г. были обнаружены изменения на ЭКГ и диагностирован постинфекционный миокардит. В течение 5 лет улучшения самочувствия не отмечала — сохранялись одышка, боли в области сердца, утомляемость. В 1985 г. при повторной госпитализации была проведена эхокардиография, диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия. После выписки чувствовала себя удовлетворительно в результате адекватной поддерживающей терапии (обзидан, кордарон) и значительного ограничения физической нагрузки.

Данные объективного обследования: «Болезнь гипертензивного телосложения. Признаков недостаточности кровообращения нет. Левая граница относительной тупости сердца расположена на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца достаточной громкости, над верхушкой и у левого края грудины выслушивается систолический шум с максимумом в четвертом межреберье. Пульс — 70 уд. в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД — 14,7/9,3 кПа.

Анализ крови и мочи патологии не выявили, биохимические показатели не изменены.

При рентгенографии сердца обнаружены признаки гипертрофии левого желудочка.

На ЭКГ (рис. 3): ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка с его перегрузкой (в грудных отведениях калибровка 1:2), в III отведении зубцы Q глубиной 6 мм и шириной до 0,03 с, глубокие отрицательные зубцы T в отведениях III, avF.

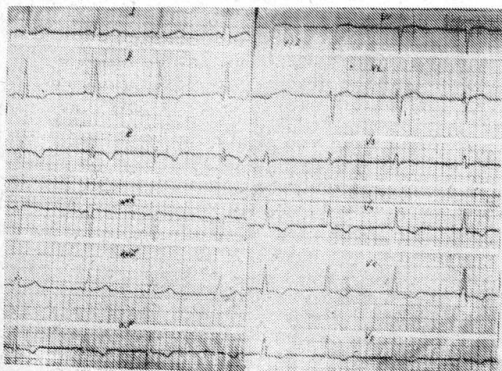


Рис. 3. ЭКГ больной Н., 29 лет.

На ФКГ (рис. 4): систолический шум ромбовидной формы с максимумом в четвертом межреберье слева у грудины, фиксируется IV тон.

На эхокардиограмме в М-режиме (рис. 5): толщина межжелудочковой перегородки около 2 см, отмечается ее выраженная гипокинезия: конечно-диастолический размер левого желудочка — 3,5 см; митральный клапан в диастолу

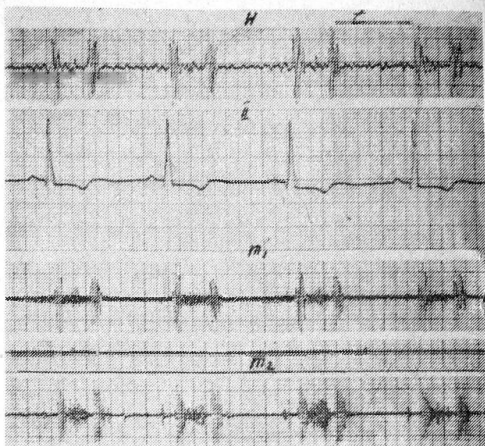


Рис. 4. ФКГ больной Н., 29 лет.

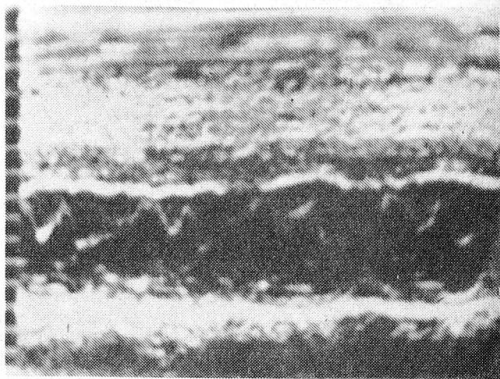


Рис. 5. ЭхоКГ больной Н., 29 лет.

почти касается межжелудочковой перегородки; наблюдается переднесистолическое движение передней створки митрального клапана; толщина задней стенки левого желудочка составляет около 1,2 см.

Таким образом, на основании анамнеза, данных объективного обследования и специфических электрокардиографических изменений (в основном эхокардиографических) обоим больным был поставлен диагноз гипертрофической кардиомиопатии. Следует подчеркнуть, что у больного была гипертрофирована в основном межжелудочковая перегородка, а у его сестры наряду с межжелудочковой перегородкой — и свободная стенка левого желудочка, что подтверждалось данными рентгенографии и ЭКГ. У пациентов с гипертрофической кардиомиопатией могут выявляться родственники с различной выраженностью и локализацией гипертрофического процесса, что наблюдалось и в приведенном нами случае.

Особый клинический интерес представляет то обстоятельство, что больным в свое время ставили диагнозы ИБС, миокардита, порока сердца, проводили противоревматическое лечение.

УДК 616.3—006.6—07—035.7

Р. И. Хамидуллин, А. М. Бродская, Н. А. Климова, В. С. Тригулова, Б. Л. Еляшевич (Казань).

О причинах диагностических ошибок при выявлении онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта

Квалифицированная медицинская помощь населению в значительной степени зависит от качества диагностической работы на поликлиническом этапе.

Для изучения причин запоздалой диагностики опухолей желудочно-кишечного тракта мы проанализировали истории болезней 2120 больных, леченных в гастроэнтерологическом отделении в течение трех лет. У 32 больных были выявлены опухоли желудка различной локализации, у 9 — опухоли толстого кишечника. Средний возраст пациентов — 56 лет.

Все больные поступили в стационар после амбулаторного наблюдения, длившегося не менее одного года. Основным направительным диагнозом у больных этой группы был гастрит. В поликлинике рентгенологическое исследование либо не проводилось, либо было недостаточно квалифицированным. Фиброгастроскопию не назначали на амбулаторном этапе ни одному из этих больных.

При стационарном обследовании всем больным диагноз опухоли желудочно-кишечного тракта был поставлен в течение первой недели госпитализации при рентгенологическом исследовании и фиброгастроскопии. Лишь у 4 больных можно было предположить онкологическую патологию по клиническим данным; у 37 больных опухоль была выявлена рентгенологически или при фиброгастроскопии с патогистологическим изучением биоптата.

Из общего числа больных с диагностированным раком желудка 23 человека были успешно прооперированы, однако, судя по градиенту запущенности, постановка диагноза и операция были своевременными лишь у половины больных. Из 9 больных с опухолями кишечника лишь 4 были прооперированы радикально, остальным наложены колостомы.

Приведенные данные показывают, что наиболее опасным возрастом среди гастроэнтерологических больных является контингент лиц от 50 до 60 лет. Быстрая постановка диагноза в стационаре путем рентгенологического исследования и фиброгастроскопии подтверждает необходимость доклинического обследования гастроэнтерологических больных современными инструментальными и рентгенологическими методами, из которых наиболее информативной и доступной является фиброгастроскопия с последующим патогистологическим исследованием биоптата. Для своевременного выявления больных с онкологической патологией желудочно-кишечного тракта действенной может оказаться лишь организация в поликлинике полноценного обследования гастроэнтерологических больных, особенно в возрасте после 50 лет.

УДК 616—001—085.814.1—036.8

А. Г. Полякова (Горький). Рефлексотерапия в комплексе восстановительного лечения больных травматолого-ортопедического профиля

Рядом авторов показана возможность использования рефлексотерапии в комплексе средств реабилитации больных травматолого-ортопедического профиля.

Мы провели анализ десятилетнего опыта

применения рефлексотерапии в комплексе восстановительного лечения 196 больных с последствиями переломов конечностей и 187 больных с остеоартрозами крупных суставов. Среди них было 56% мужчин и 44% женщин в возрасте от 21 до 67 лет.

Больным с последствиями травм конечностей рефлексотерапию проводили дифференцированно на разных этапах восстановительного лечения. В периоде иммобилизации воздействовали на аурикулярные точки микроиглами или электропунктурой. Параметры тока — 20 мкА при смене полярности 1(+):4(—). Курс лечения состоял из ежедневных 10 сеансов. В периоде ношения съемного лонгета эффективна классическая акупунктура в сегментарные точки канала мочевого пузыря методом дисперсии, в постиммобилизационном периоде — электроакупунктура по индивидуальной методике, определяемой с помощью стандартного вегетативного теста. Курс составлял 7—8 сеансов, выполняемых ежедневно или через день.

Больным с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов осуществляли одновременно аурикулярную и корпоральную акупунктуру с учетом сопутствующих заболеваний. Курс лечения определяли индивидуально в зависимости от тяжести заболевания.

Эффективность восстановительного лечения оценивали по динамике клинико-функциональных показателей. Изучали данные гониометрии, учитывали трофические и сосудистые расстройства в поврежденном сегменте, результаты рентгенологических исследований и физические показатели состояния организма. Кроме того, определяли кожную температуру и электрокожную проводимость при положительной и отрицательной полярности на измирительном электроде в репрезентативных точках акупунктуры.

Мы предлагаем следующую оценку динамики асимметрий в процессе восстановительного лечения: исчезновение асимметрий по всем трем параметрам (кожной температуре, электрокожной проводимости при положительной и отрицательной полярности) расценивать как отличный результат, по двум параметрам — как хороший, по одному — как удовлетворительный, отсутствие динамики или усугубление асимметрий — как неудовлетворительный результат лечения. Для сравнения динамики асимметрий, индекса гомеостаза и интегрального индекса функциональных показателей были обследованы две группы больных (по 30 человек в каждой) с осложненными и множественными переломами лодыжек, отобранные методом слепой выборки. В 1-ю группу вошли больные, которым в комплексе восстановительного лечения применяли рефлексотерапию по указанной выше методике. 2-я группа больных получала стандартный комплекс восстановительного лечения.

В конце лечения индекс гомеостаза у больных 1-й группы восстановился до 95%, во 2-й — до 80%; индексы функциональных показателей с 40% в начале лечения возросли у больных 1-й группы до 86%, во 2-й — до 80%. Динамика асимметрий в обеих группах также была различной: у больных 1-й группы отмечалось постепенное исчезновение асимметрий, тогда как во 2-й группе наблюдалось усугубление асимметрий при повышении физической нагрузки, что, на наш взгляд, может свидетельствовать о недостаточности адапционно-приспособительных реакций у больных 2-й группы.

Итак, рефлексотерапия улучшает резуль-