

радки, мозговой, сердечной и легочной недостаточности при преобладании соответствующих метастазов.

Приводим клиническое наблюдение, которое может представить интерес для клиницистов-пульмонологов.

Н., 53 лет, поступила в крайне тяжелом состоянии. На коже конечностей в местах инъекций видны массивные кровоподтеки, выраженный акроцианоз. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура верхнего плечевого пояса. Частота дыхания — до 40 в 1 мин; экскурсия грудной клетки ограничена. Дыхание значительно ослаблено, особенно в нижних отделах. Выслушиваются выраженный шум трения плевры на фоне влажных разнородных хрипов, единичные сухие хрипы.

Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений — 96 в 1 мин, аритмия, экстрасистолы, небольшой акцент II тона над а. pulmonalis. АД — 120/70 мм.рт.ст.

Живот мягкий, печень на 2 поперечных пальца выступает из-под края реберной дуги, слегка плотноватая. Видимых отеков нет.

Назначены гепарин, трентал, мочегонные средства, сердечные гликозиды, преднизолон парентерально и внутрь, ауфиллин. В РКБ была переведена из Бугульминской ЦРБ, где проводилась массивная антибактериальная терапия по поводу двусторонней пневмонии, осложненной инфарктом легкого. Из анамнеза — в течение нескольких лет страдала тромбозом нижних конечностей, в связи с этим состояла на диспансерном учете у сосудистых хирургов. Несмотря на проводимую терапию гепарином, дезагрегантами, мочегонными и гликозидами состояние больной прогрессивно ухудшалось, нарастали одышка и цианоз.

ЭКГ: высокая степень гетеротопии на фоне синусовой тахикардии, множественные политопные, полиморфные желудочковые, узловые, предсердные блокированные экстрасистолы, отклонение электрической оси сердца влево. Снижен вольтаж зубцов комплекса QRST во всех отведениях.

Рентгенография грудной клетки: на обзорной рентгенограмме видны рассеянные диффузные мелкоочаговые инфильтративные изменения с обеих сторон. Диафрагма не контурируется. Средостение расширено.

Заключение: двусторонняя сливная пневмония.

Анализ крови: Hb — 1,8 ммоль/л, эр. — $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, л. — $18,8 \cdot 10^9$ /л, п. — 2%, с. — 68%, лимф. — 26%; мон. — 4%; величина гемокрита — 38%; цв. показатель — 0,9; уровень холестерина — 6,7 ммоль/л; свертываемость — 7 мин 50 с; содержание фибриногена А — 9,7 мкмоль/л, фибриногена В — отрицательный результат; толерантность плазмы к гепарину — 6 мин 50 с; протромбиновый индекс — 96%. В моче обнаружен белок. Содержание глюкозы — 0,5%; эпителий плоский — 3—4 в поле зрения.

В стационаре РКБ у больной диагностирован идиопатический фиброзирующий альвеолит в связи с сохранением выраженной одышки, характерной рентгенологической картины и отсутствием эффекта в течение месяца при применении массивной антибактериальной терапии в условиях ЦРБ с предполагаемым диагнозом пневмонии. Отсутствие острой правожелудочковой

недостаточности и изменений на ЭКГ по правожелудочковому типу, стабильная гемодинамика позволили усомниться в диагнозе острой тромбоэмболии легочной артерии. Проводимая массивная терапия и реанимационные мероприятия оказались неэффективными. Больная скончалась при явлениях нарастающей дыхательной и легочно-сердечной недостаточности.

Клинический диагноз: идиопатический фиброзирующий альвеолит, подострое течение; ДН 3 степени; миокардит с нарушением ритма по типу экстрасистолы, перикардит; легочно-сердечная недостаточность 2—3 стадии; хронический илеофеморальный тромбоз слева, варикозная болезнь нижних конечностей, тромбозом легочной артерии; хронический холецистит, хронический персистирующий гепатит.

Патологоанатомический диагноз: низкодифференцированный рак желчных протоков с метастазами в печень, множественные метастазы и раковые эмболы в сосудах легкого; застойный желчный пузырь; хронический холецистит; межлунный гепатит, выраженная дистрофия печени, миокарда, почки; варикозное расширение вен нижних конечностей.

В данном случае произошло расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозами по причине объективных трудностей диагностики и в связи с кратковременностью пребывания больной в стационаре РКБ (полутра суток). Больная в РКБ поступила уже в терминальном состоянии. Этот случай своеобразен в том плане, что на секционном столе при макроскопическом осмотре патологоанатом согласился с мнением клиницистов относительно формулировки диагноза, и только результаты гистологического исследования позволили усомниться в правильности первоначального диагноза. В данном случае речь шла о диссеминации опухолевой природы. Клиницист при постановке диагноза «идиопатический фиброзирующий альвеолит» также имел в виду диссеминированный процесс в легких, обусловленный интерстициальным фиброзом легких с артериальной гипоксемией, вызванной альвеоларно-капиллярным блоком. По сути клиницист оказался прав: на секции был колоссальный пневмофиброз, вызвавший выраженную дыхательную недостаточность. Клиническая симптоматика диффузного карциноматоза легких у больной напоминала картину хронического диффузного пневмосклероза. Гематогенные метастазы и раковые эмболы в сосудах легких привели к манифестации легочной симптоматики и клиники легочно-сердечной недостаточности. При наличии таких обширных метастазов в легких даже установление локализации первичной опухоли у больной не изменило бы исхода болезни и лечебные вмешательства не дали бы эффекта.

УДК 616.728.3—006.33.03

А.Г. Хабибуллин (Бугульма). Редкий случай хондроматоза коленного сустава

Хондроматоз суставов встречается сравнительно редко. За пять лет в травматологическом отделении Бугульминской центральной районной больницы было прооперировано шесть больных.

Больной Р., 44 лет, шофер по профессии,

поступил с жалобами на боли в левом коленном суставе и резкое нарушение его функции. Считает себя больным в течение 2 лет и связывает свое заболевание с нелеченной травмой левого коленного сустава, полученной в 1989 г. во время сельскохозяйственных работ. После удара о борт прицепа появились небольшая припухлость, болезненность, ограничение движения в коленном суставе, которые недели через две прошли. За медицинской помощью не обращался. В сентябре 1990 г. в области верхнего заворота коленного сустава появилось опухолевидное образование, которое стало постепенно увеличиваться. В последний месяц перед поступлением в стационар периодически возникали резкие боли, сопровождавшиеся ограничением функции.

Больной ходит сильно прихрамывая на левую ногу. Область левого коленного сустава увеличена в объеме, конфигурация изменена. При пальпации определяется образование плотной консистенции (6 × 3 см), свободно перемещающееся в верхнем завороте коленного сустава. Движения в суставе: разгибание — 170°, сгибание — 100°.

На рентгенограмме левого коленного сустава по задней поверхности большеберцовой кости видны отдельные отграниченные друг от друга тела шаровидной формы. Обызвестлена собственная связка надколенника; последний деформирован за счет краевых костных разрастаний.

Диагноз: хондроматоз левого коленного сустава.

Предложено оперативное вмешательство, на которое больной дал согласие. Под наркозом, после стандартной обработки операционного поля, хондроматозное тело зафиксировано двумя длинными инъекционными иглами. Медиальным разрезом длиной 10 см вскрыт верхний заворот левого коленного сустава. Без технических сложностей удалено хондроматозное тело размером 6 × 3 см и толщиной 1 см белого цвета с гладкой поверхностью и плотной консистенции. Капсула сумки верхнего заворота утолщена. Произведена ревизия, других хондроматозных тел не найдено. Рана послойно ушита, наложены асептическая повязка, гипсовый полутургор.

Патологогистологическое исследование показало, что удаленное образование состоит из бесструктурной гомогенной волокнистой ткани, на фоне которой имеются островки костной и хрящевой ткани, снаружи тело покрыто гиалиновым хрящом.

На 16-й день после операции больного выписали на амбулаторное лечение в хорошем состоянии. Осмотрен через год после операции: конфигурация сустава нормальная, движения в нем свободные, безболезненные, сгибание и разгибание не ограничены. Работает по своей специальности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616—002.5—053.2(470.41)

ХОРОШЕВНОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ДЕТСКОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Ф.А. Карташова, Л.В. Ухорская

Кафедра фтизиопульмонологии (зав. — проф. А.А. Визель) Казанского государственного медицинского университета, РМУ "Фтизиатрия" (главврач — Ш.Ш. Арсланов) МЗ РТ

Ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу, отмечающееся в последние 5 лет, наиболее сильно отражается на детях. Ситуация по детскому туберкулезу в настоящее время характеризуется значительным ростом заболеваемости, изменением нозологической структуры в сторону преобладания тяжелых и распространенных форм. Наиболее вероятное объяснение этому можно найти в отрицательной динамике социально-экономических условий, снижении качества работы общелечебной сети по профилактике и раннему выявлению туберкулеза.

Эпидемиологические исследования распространенности туберкулеза в Республике Татарстан представляют особый интерес в связи с ростом заболеваемости взрослого населения, увеличением числа иммигрантов с территорий, более

неблагополучных по туберкулезу, бомжей. В такой ситуации именно дети с преобладающим экзогенным путем заражения являются точным индикатором изменения эпидемиологической обстановки.

Задачей данного исследования был анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Татарстане среди детей и подростков за последние 20 лет.

Проведенный анализ выявил негативные тенденции, проявившиеся с конца 80-х годов. Заболеваемость детей туберкулезом только за 1994 г. составила 9,1 (здесь и далее на 100 тыс. населения), то есть возросла в 2 раза по сравнению с аналогичным показателем в 1993 г. и стала сравнимой с таковой в середине 70-х годов. Наименьшая заболеваемость отмечена в середине 80-х годов — 4,2 (см. рис.). Ло-