

1. Кравченко П. В. Казанский мед. ж., 1958, 6. — 2. Оглоблина З. В. Острая артериальная непроходимость. М., 1955. — 3. Садыков Н. М. Хирургия, 1959, 6.

Поступила 14 марта 1961 г.

ПРИЖИЗНЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗА АРТЕРИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И. К. Ищенко

(Казань)

П., 63 лет, доставлен 12/1 1962 г. в тяжелом, бессознательном состоянии. Скудные анамнестические сведения были получены от соседа по квартире.

С 1/1 1962 г. П. стал отмечать общую слабость, пониженный аппетит. 6/1 у него появились жажда, сухость во рту. С этими жалобами 11/1 он обратился в поликлинику, где высказано предположение о сахарном диабете. В моче обнаружено 7,5% сахара. В этот же день больному сделана одна инъекция инсулина (доза не установлена). Вечером состояние больного резко ухудшилось. Больной стал метаться в постели. Всю ночь был без сознания.

При поступлении поведение больного беспокойное, сознание отсутствует. Тонус мышц заметно снижен, выраженная мышечная слабость. Периферические сосуды плотны на ощупь. Пульс 96, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. Левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, тоны значительно приглушены, акцент II тона на аорте. АД — 120/60. Со стороны других органов и систем патологических изменений не найдено. Л. — 11000, анэозинофилия, нейтрофилез (87% со сдвигом влево). РОЭ — 6 мм/час. Сахара в крови — 338 мг%, в моче — 5,2%, положительная реакция на ацетон.

В течение 14 часов больному введено подкожно 400 ед. инсулина, многократно производилось внутривенное вливание 40% раствора глюкозы. Благодаря указанным мероприятиям больного удалось вывести из коматозного состояния (сахар крови снизился до 162 мг%, слабо положительной стала реакция на ацетон в моче).

К утру 13/1 состояние больного снова ухудшилось — повысилась температура, появились одышка, цианоз губ и кончиков пальцев кистей, были отмечены симптомы вначале правосторонней, а затем левосторонней пневмонии, появились симптомы гангрены всей правой нижней конечности. 14/1 выраженная бледность пальцев левой стопы, некроз большого пальца этой же стопы, не стал определяться пульс на артериях левой стопы. Несмотря на проводимую сердечно-сосудистыми средствами терапию, в конце дня 14/1 у больного развились симптомы левожелудочковой недостаточности, и в этот же день он скончался.

Отсутствие диабетического анамнеза, острое начало и тяжелое течение диабета у больного с выраженными симптомами атеросклероза, острое развитие гангрены правой ноги и большого пальца левой стопы дали нам основание считать, что сахарный диабет в данном случае не является первичным заболеванием, а развился вторично, вследствие тромбоза артерии поджелудочной железы, и что некроз правой ноги связан с тромбозом правой подвздошной артерии.

Клинический диагноз: атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца, поджелудочной железы, нижних конечностей. Осложнения: тромбоз артерии поджелудочной железы, правой подвздошной артерии, сосудов левой голени. Сахарный диабет. Диабетическая кома. Двухсторонняя очаговая пневмония.

Патологоанатомический диагноз (прозектор Н. В. Лукашук): Выраженный атеросклероз с преимущественным поражением аорты, коронарных артерий сердца, сосудов нижних конечностей. Большой закупоривающий тромб в нижнем отделе брюшной аорты. Артерия поджелудочной железы на значительном протяжении закрыта свежим тромбом.

Из вышеизложенного напрашивается вывод — в случае острого начала и прогрессирующего течения диабета у лиц пожилого возраста надо думать о возможности тромбоза артерии поджелудочной железы.

Поступила 2 ноября 1962 г.