

как это отмечалось в литературе (А. Н. Вознесенский и др.), мы не наблюдали. У 7 больных был стеноз бронхов I—II ст. Это осложнение туберкулеза легких наблюдалось главным образом в возрасте от 20 до 40 лет (у 40 из 58) и у лиц пожилого возраста (у 7 из 36). Мужчин было 40, женщин — 18.

Трахеобронхоскопия была произведена 349 больным активным туберкулезом легких. Туберкулез трахеи и бронхов был выявлен у 16%.

У 48 больных туберкулезные изменения в бронхах локализовались на стороне наибольшего поражения легких. Преимущественно продуктивный характер процесса в бронхах наблюдался у 50, экссудативный — у 7 и рубцовый — у одного больного, причем у 13 была язвенная и у 44 — инфильтративная форма.

Наиболее часто туберкулез трахеи бронхов обнаруживался при хроническом фиброзно-кавернозном (24) и инфильтративном туберкулезе легких (14).

Бацилловыделителей было 49. Продолжительность заболевания туберкулезом легких была до одного года у 21 больного, от одного до 3 лет — у 8 и свыше 3 лет — у 29.

Хронический неспецифический эндоbronхит у больных туберкулезом легких наблюдался в 12% (у 32 больных из 257).

Клиническое излечение туберкулеза трахеи и бронхов наступило у 48 больных (82%), улучшение — у 2, без перемен — у 2. Умерло за это время 6 больных.

Отдаленные результаты у 48 больных с клиническим излечением туберкулеза бронхов (срок наблюдения от 2 до 7 лет) следующие: снято с учета в связи с выздоровлением от туберкулеза легких 6 человек, переведено в 3 группу диспансерного учета с клиническим излечением туберкулеза легких 6, наступило значительное улучшение легочного процесса у 8, улучшение — у 13, без перемен — у 7, ухудшение — у 4.

А. А. Ахметзянов (Сардан, УАССР). Изменения бронхов вследствие длительного повышения внутригрудного давления

У больных, имевших длительное повышение внутригрудного давления, бронхоскопически обнаружены деформации, смещения и перегибы бронхов. Они возникли от искусственного пневмоторакса у 9 из 16, после пневмоплеврита — у 8 из 10, у одного — в результате кисты в легком. Сроки поддержания повышенного внутригрудного давления у наших больных равнялись в среднем от 4 до 10 лет.

Как выяснилось, длительное повышение внутригрудного давления (пневмоторакс, пневмоплеврит, опухоль и т. д.) приводит к необратимым анатомическим изменениям бронхов (деформация, перегибы и др.), которые не укладываются в возможные топоанатомические отклонения от нормы.

И. С. Полещук (Владимир). Опыт лечения гастрогенной тетании

Относительная редкость данного состояния при желудочных заболеваниях обуславливает диагностические ошибки, что, в свою очередь, отражается на терапии.

У большинства больных гастрогенная тетания развивается постепенно. Прежде всего, отмечается потеря аппетита, тошнота, рвота, нарастает общая слабость, появляются боли в руках и ногах. Одновременно отмечается резкое уменьшение содержания хлоридов в крови. При норме 450—500 мг% нередко уровень хлоридов снижается до 300 мг% и ниже, что В. М. Воскресенский (1935) назвал «порогом смерти».

Хлор, который организм теряет при рвоте, поступает не только из крови, но и из тканей, в связи с чем возникает значительная дехлорация организма. Смещение кислотно-щелочного равновесия в сторону алкалоза и потеря хлоридов сопровождаются разрушением тканевых белков и развитием гиперазотемии, увеличением бикарбонатов в крови до уровня некомпенсированного алкалоза при задержке фосфора, что влечет уменьшение задержки ионизированного кальция, вызывая отщепление его из тканей. В результате этого биохимического конфликта возникает перевозбудимость тканей, что проявляется в судорогах различной степени выраженности.

В далеко зашедших случаях возникают тяжелые нефротические изменения (белок, гематурия, цилиндры), которые, как правило, приводят к смерти больного до уремии.

По клиническим проявлениям и тяжести гастрогенная тетания делится на три формы: 1) молниеносная, встречается редко, она протекает как азотемическая уремия; 2) наиболее часто встречающаяся форма, характеризуется значительным повышением нервно-мышечной возбудимости, что проявляется тоническими судорогами различных мышечных групп; 3) наиболее легкая или, как ее еще называют, стертая форма, при ней отмечаются парестезии, слабо положительные симптомы Хвостека, Труссо и некоторые продромальные признаки.

Мы располагаем наблюдениями над 12 больными второй формой гастрогенной тетании. Мужчин было 11, женщин — одна. Возраст больных был от 29 до 52 лет.