

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.

У 4 больных отмечалось значительное понижение общей кислотности и свободной соляной кислоты желудочного сока, у 2 больных отмечалась полная ахилия.

С появлением тетанических судорог мышц лица и конечностей двое больных были госпитализированы в инфекционное отделение с подозрением на столбняк и один помещен в психиатрическую больницу. Все трое больных на следующий день переведены в хирургическое отделение, диагностика заболевания, с учетом анамнеза и жалоб больных в этих случаях, не представляла особых трудностей.

Лечение гастрогенной тетании в основном консервативное и должно быть направлено на выведение больного из тяжелого состояния, на обогащение крови хлоридами и нормализацию водного и солевого баланса. Нашим больным внутривенно вводился гипертонический и физиологический растворы в виде обильных подкожных вливаний и капельных клизм; ежедневно внутривенно вливали 10—20 мл 10% раствора CaCl_2 , а через рот давали 2—3 г хлористого аммония с целью снижения алкалоза. Одновременно рекомендуются переливание плазмы и другие белковые кровозаменители, инъекции раствора глюкозы, наркотические, сердечно-сосудистые средства и витамины. Благоприятное влияние оказывало применение в малых дозах атропина в комбинации с папаверином и бромидами с целью восстановления равновесия процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, согревание больного, вдыхание кислорода и покой.

Применение указанных лекарственных средств и мероприятий в том или другом сочетании обеспечивало выведение больных из тяжелого состояния. Однако окончательное излечение достигается операцией — резекцией желудка либо наложением желудочно-кишечного соустья. Из 12 оперированных нами больных один умер.

Отдаленные результаты у оперированных больных вполне удовлетворительные, все они трудоспособны.

Литературные данные и личные наблюдения позволяют сказать, что больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки нуждаются в постоянном наблюдении. Ухудшение состояния больного и особенно появление рвоты, похудание, симптомы, указывающие на нарушение эвакуации из желудка, должны насторожить врача о возможности развития грозных осложнений.

Я. С. Вайнбаум, Б. И. Мажбич, А. А. Дашевская (Москва). Сопоставление степени физической активности с реакцией гемодинамики на физическую нагрузку у больных митральным стенозом

Катетеризация сердца и легочных сосудов производилась по методике, описанной Е. Н. Мешалкиным (1954). Запись давления осуществлялась на четырехканальном осциллографе «Мингограф-42». Во время исследования производились заборы проб крови из сосудов и полостей сердца для определения содержания газов в крови. Потребление кислорода определялось на спирографе. Минутный объем рассчитывался по формуле Фика. Рассчитывалось среднее давление в сосудах. Физическая нагрузка осуществлялась вращением педалей велоэргометра (в положении на спине) в течение 5 мин. Интенсивность нагрузки определялась стойким двукратным повышением поглощения кислорода.

Больные распределялись в зависимости от возникающих затруднений на четыре группы:

1. затруднение возникает только при значительной физической нагрузке: во время занятий спортом или при тяжелой физической работе; они могут без затруднения подняться на 4—5 этаж;

2. затруднение появляется при выполнении умеренной физической нагрузки; такие больные трудоспособны в профессиях, не требующих физического напряжения; могут без большого затруднения ходить по ровной местности или подниматься на 3 этаж;

3. они испытывают недомогание при незначительной физической нагрузке: выполняют лишь самую легкую работу дома; без значительного затруднения могут пройти примерно полкилометра по ровной местности или подняться на 1—2 марша лестницы;

4. недомогание возникает при малейшем физическом напряжении или в покое; полностью нетрудоспособны; могут пройти несколько десятков метров; обычно находятся на постельном режиме.

Всего было обследовано 13 женщин и 4 мужчин в возрасте от 19 до 32 лет.

У 15 больных был чистый митральный стеноз, а у двух больных стеноз сочетался с умеренной регургитацией.

ВЫВОДЫ

1. У больных митральным стенозом при сниженной тенденции к увеличению минутного объема сердца наблюдалось два типа реакции гемодинамики на физическую нагрузку: 1 тип — преимущественное повышение артерио-венозной разницы по сравнению с минутным объемом сердца; 2 тип — преимущественное или равное (с артерио-венозной разницей) повышение минутного объема сердца.