

На контрольном рентгено снимке обнаружена продольная трещина концевой фаланги.

В продолжение всего периода лечения выделялась маслянистая жидкость из пораженного пальца. Временами появлялась болезненность в подмышечных узлах слева.

Через 7 недель со дня травмы функция и чувствительность пальца хороша, только остался синюшный цвет, отечность и пористость концевой и средней фаланг. При повторной рентгенографии через 6 месяцев на снимке костных изменений нет.

УДК 612.014.4

Ф. Г. Сайфуллина (Казань). Патология челюстно-лицевой области у рабочих, занятых в производстве моющих синтетических средств

Обследовано 145 рабочих в возрасте от 16 до 60 лет, из которых мужчин было 21 и женщин — 124.

При осмотрах кожных покровов челюстно-лицевой области выявлены папулы и пустулы у 38 чел., пигментные пятна — у 18, фибромы — у 5, папилломы — у 1. Сухость наружного ската слизистой, главным образом нижней губы, найдена у 43 рабочих, трещины — у 25, поверхностные изъязвления — у 10. У отдельных работников обнаружены гиперкератозы, лейкоплакии, папилломы. Эти изменения чаще имелись у лиц с многолетним стажем работы.

На слизистой щек у 16 чел. были десквамация, изъязвления, папилломы, пигментные пятна, гемангиомы.

Аналогичные изменения на языке выявлены у 38 чел.

На деснах верхней и нижней челюстей, на небе патологические изменения обнаружены у 55 чел. (хронические воспаления, гиперемия, изъязвления).

У 23 рабочих установлен пародонтоз I—II ст. с атрофией десневого края.

Результаты обследования побуждают усилить проведение лечебных и профилактических мер на данном предприятии.

УДК 616.8—009.836.12

И. Д. Биргер и М. А. Шмакова (Казань). Нарколепсия с психическими нарушениями

Характерные признаки этого заболевания — внезапные приступы дневного засыпания, катаплексия и нарушение ночного сна.

Нарколепсия относится к неврологическим заболеваниям, ибо редко сопровождается расстройствами психики. Однако у обследованных нами больных выявлялись разной продолжительности нарушения психики в форме слухового галлюциноза и гипногагических галлюцинаций.

Н., 36 лет, поступил в стационар психоневрологического диспансера 16/XI 1965 г. с жалобами на частые приступы засыпания в дневное время, длящиеся от 10—15 мин. до 1—2 часов, головные боли и периодически повторяющиеся приступы мышечной слабости всего тела длительностью 1—3 мин., вызываемые различными эмоциями. Заболевание развивалось постепенно после перенесенной в конце 1957 г. травмы головного мозга с потерей сознания. Со второй половины 1964 г. у больного наблюдался слуховой галлюциноз: в течение 4 дней он слышал голоса жены и ее брата, которые говорили о нем что-то нехорошее. В стационаре у больного неоднократно наблюдались приступы дневного засыпания и потеря тонуса мышц всего тела, когда больной во время смеха вдруг умолкал, голова склонялась на грудь, ноги подкашивались, и больной падал. При этом сознание сохранялось, но говорить он не мог. Через 1—2 мин. приступ проходил.

Определялась слабость конвергенции, легкая анизорефлексия коленных рефлексов. Брюшные рефлексы вялые, быстро истощаются без заметной разницы сторон.

Сознание ясное. Речь монотонная, замедленная. Эмоционально неустойчив, легко возбудим. В беседе быстро истощается, засыпает.

2. И., поступил 16/XI 1965 г. с жалобами на возникающие 3—5 раз в день (чаще при физической нагрузке) приступы сна, длящиеся 20—50 мин.; приступы потери тонуса мышц в течение 1—3 мин., вызываемые эмоцией; головные боли и беспокойный ночной сон: больной видит себя в загробном мире, разговаривает со своими умершими родными. Такое состояние длится в течение 5 лет. В 1946 г. больной перенес менингоэнцефалит. С этого времени стал отмечать приступы сонливости в дневное время, длящиеся 1—2 мин., а позднее 15—30 мин. и дольше. С 1961 г. появились приступы аффективной потери тонуса мышц шеи, рук и ног.

Во время пребывания в стационаре приступов катаплексии не наблюдалось, приступы дневного засыпания отмечались за настольными играми, за едой и длились 5—10 мин. Больной большую часть дня проводил в постели. Неврологически отмечается слабость конвергенции и легкая асимметрия носогубных складок.

Сознание ясное. Эмоционально лабилен, склонен к раздражительности, при которой проявляются выраженные вегетативно-сосудистые нарушения. Отмечаются нарушения восприятий в форме гипногагических галлюцинаций. В первые дни находде-

ния в стационаре (до назначения аминазина) спал беспокойно, громко разговаривал во сне. Внимание рассеянное, быстро устает, появляется сонливость.

Оба больных получали общеукрепляющее лечение, глюкозу с магнием, эфедрин как симпатомиметическое средство (для стимуляции адренергических элементов ретикулярной формации), димедрол и андаксин для углубления ночного сна, аминазин для снятия гипногагических галлюцинаций, милипромин для предотвращения приступов сонливости днем. Оба выписаны со значительным улучшением.

УДК 618.19

Я. Г. Эпштейн (Ставрополь). Лечение мастопатий

Основным клиническим признаком мастопатии, нередко предшествующей развитию рака, являются диффузные изменения — уплотнение всей железы или части ее.

Под нашим наблюдением было 200 больных. У 33% в молочных железах имелись узлы или кисты, у 5,5% была диагностирована болезнь Минца, которую справедливо относят к разновидности мастопатии.

При лечении больных мастопатией следует прежде всего устранить воспалительные заболевания придатков матки, после чего явления мастопатии могут значительно уменьшиться или исчезнуть. Важно учитывать, что существенное прерывание беременности, нарушения половой жизни (длительные перерывы, некоторые мероприятия по предупреждению зачатия и др.) также могут оказывать влияние на развитие мастопатии. Излечение нередко наблюдается после родов и кормления ребенка.

У более молодых женщин при болях и незначительных изменениях в молочной железе мы начинали лечение с ретромаммарной новокаиновой блокады по А. В. Вишневному, которая во многих случаях давала хорошие результаты. Иногда курс лечения (3 блокады в межменструальный период по 100—150 мл 0,25% раствора новокаина с промежутками в 6—7 дней) приходилось через полгода, год и позже повторять. При отсутствии стойкого эффекта мы переходили к гормонотерапии.

Мужской половой гормон следует назначать тем женщинам, у которых наблюдается нормальное или даже повышенное количество эстрогенов (гиперэстренизм), что можно довольно легко определить по характеру эпителия в вагинальных мазках, эстрогены же — тем, у которых преобладает активность андрогенов; при этом нельзя забывать, что и после менопаузы количество эстрогенов может быть повышенным.

Мы применяли гормонотерапию у 65 больных различного возраста. При этом мы руководствовались состоянием вагинального отделяемого. Тестостерон-пропионат мы вводили внутримышечно 3 раза в неделю по 25 мг. У всех больных боли исчезали полностью или значительно уменьшались. Молочные железы приобретали более мягкую консистенцию. У 8 больных через год пришлось повторить курс лечения, из них у 4 дважды — через год и два. У этих женщин гиперэстренизм был особенно выражен.

Операция при мастопатии производится только при наличии четко отграниченного плотного узла или отграниченного уплотнения кистозного характера. Но если уплотнение занимает всю железу или ее значительную часть, показаний к операции нет. Такое уплотнение, нередко превращающееся в «диск», не внушает подозрений. Однако эти больные должны оставаться под наблюдением и в ряде случаев получать леченные гормонами.

При лечении пожилых и старых женщин операция показана и при более разлитом, но все же ограниченном уплотнении.

Известно, что болезнь Минца («кровотокающая молочная железа») характеризуется выделением из соска серозно-кровянистой или чисто кровянистой жидкости без прощупываемой опухоли. Однократное появление кровянистого выделения из соска или его повторение на протяжении короткого времени еще не позволяет говорить о болезни Минца. Если систематическое тщательное наблюдение в течение 1—3 месяцев установит постоянство этого симптома (при отсутствии опухоли), можно уверенно говорить о болезни Минца. У более пожилых женщин следует сократить срок наблюдения, особенно если больные обращаются к врачу не в первые дни истечения из соска.

Когда диагноз болезни Минца установлен, когда тщательным многократным исследованием выяснено, из какого участка железы выделяется жидкость, следует произвести частичное (секторальное) иссечение железы.

Во всех случаях производят «экспрессное» и обычное гистологическое исследование препарата. Нередко трудно отличить мастопатию от рака (I стадии). При известном опыте можно при осмотре и ощупывании удаленного участка железы почти безошибочно поставить «макроскопический диагноз» (Л. М. Ратнер). Однако никак нельзя пренебрегать гистологическим исследованием. Это побуждает нас рекомендовать воздержаться от операции по поводу мастопатии, если у хирурга нет возможности произвести на месте квалифицированное гистологическое исследование удаленного участка железы.

Время от времени все перенесшие операцию должны показываться врачу. Во многих случаях им необходимо проводить гормонотерапию.