

как экссудативный плеврит, и лишь полученная при пункции молочно-белая жидкость позволяет установить точный диагноз.

Приводим наше наблюдение.

М., 41 года, поступила 18/III 1964 г. с жалобами на боли в груди и эпигастрии, сухой кашель, одышку. Заболела в середине января 1964 г., в 1-й день после родов. Появился кашель со скудным выделением мокроты и боль в груди. Больная неделю лечилась в участковой больнице, затем была выписана. Дома состояние ухудшилось, боли в груди и одышка усилились; появилось кровохаркание. Снова поступила в участковую больницу, а оттуда была переведена в республиканскую больницу г. Чебоксар.

В правом легком сзади от верхушки до VI ребра дыхание бронхиальное, ниже не проводится. Перкуторный звук ниже VI ребра укорочен, от угла лопатки — тупой. Слева дыхание нормальное. Пульс 68, ритмичный, АД — 130/90.

24/III 1964 г. при рентгеноскопии грудной клетки обнаружено тотальное затемнение ее правой половины со смещением средостения влево.

25/III произведена пункция правой плевральной полости, получено 1,8 л жидкости молочно-белого цвета, без запаха. В результате последующих 5 плевральных пункций откачено еще около 10 л хилезной жидкости. 18/IV больная переведена в хирургическое отделение в связи с безуспешностью консервативного лечения.

27/IV под интубационным наркозом произведена передне-боковая торакотомия справа в VI межреберье. Из плевральной полости электроотсосом удалено немногим более 2 л лимфы. На передней поверхности нижней доли легкого обнаружен небольшой надрыв плевры, на который наложен Z-образный шелковый шов. Источника лимфорреи обнаружить не удалось, и, следуя совету П. А. Куприянова, мы дважды перевязали над диафрагмой грудной проток. Третьей лигатурой у передней поверхности позвоночника, у диафрагмы, перевязан тяж диаметром 1 см, в толще которого проходила и узкая непарная вена. После лигирования накопление лимфы в полости плевры как будто уменьшилось, но не прекратилось. На уровне VII ребра сбоку была найдена складчатость пристеночной плевры, откуда замечено постоянное просачивание хилезной жидкости. На этот участок наложено 4 узловых шелковых шва, просачивание лимфы прекратилось.

Больная выписана 27/V 1964 г. в удовлетворительном состоянии.

По нашему мнению хилоторакс у данной больной развивался следующим образом. Когда-то у нее образовалась шварт между висцеральной и париетальной плеврой справа. Во время потуг при родах или же во время кашля, возникшего после родов, спайка разорвалась, из поврежденного участка пристеночной плевры началось истечение лимфы. В дальнейшем развивался хилоторакс.

УДК 611.82—616.13—616.14

Н. В. Тимофеева и М. М. Садовая (Сочи). К клинике нарушений спинального кровообращения

В литературе последнего десятилетия все чаще появляются сообщения о заболеваниях спинного мозга сосудистого происхождения. Первенство в изучении этого вопроса принадлежит нашему соотечественнику П. А. Преображенскому. Описанная им в 1904 г. клиника поражения спинного мозга сосудистого происхождения вошла в мировую литературу как «синдром Преображенского».

В зависимости от уровня поражения корешковых артерий (верхней, средней или нижней) развивается тот или иной синдром. В литературе встречаются описания отдельных случаев поражения спинного мозга в результате нарушения спинального кровообращения (М. К. Бротман, С. Н. Давиденков, В. В. Михеев, Я. Ю. Попелянский, А. Ю. Ратнер, А. Н. Смирнов, Г. В. Шамова). Однако практические врачи еще мало знакомы со спинальными поражениями на почве гемодинамических нарушений.

Под нашим наблюдением в неврологическом стационаре находилось 14 больных (9 мужчин и 5 женщин) с поражением спинного мозга вследствие нарушения спинального кровообращения. В возрасте от 20 до 30 лет было 2 больных, от 30 до 50 лет — 9 и старше — 3.

У 6 больных стечен синдром Преображенского. Они жаловались на приступообразно наступающую слабость в ногах. Объективно констатирован преходящий спастический парализ нижних конечностей с наличием патологических рефлексов. У части больных было диссоциированное расстройство чувствительности по проводниковому типу, нестойкие нарушения функции тазовых органов.

У 3 больных выявлен синдром бокового амиотрофического склероза, у 2 — синдром Броун-Секара, у 1 — синдром артерии эпиконуса, описанный М. К. Бротманом. Явления синингомиелии обнаружены у 1 больного, миастенический синдром — также у 1.

Таким образом у наблюдаемых нами больных были разнообразные спинальные синдромы, в основе патогенеза которых лежат нарушения кровообращения.

В лечении этих больных хорошие результаты дают сосудорасширяющие средства и тепловые физиотерапевтические процедуры.