

во-вторых, в отсутствии параллелизма в выделении панкреатических ферментов и, в-третьих, в более высоком содержании основных кишечных ферментов — энтерокиназы и щелочной фосфатазы — в кале.

УДК 616.13 — 002 — 031.63

Л. С. Калашникова (Казань). Узелковый периартерит с многосимптомной клиникой

Описываемое ниже наблюдение представляет интерес ввиду многосимптомной клинической картины узелкового периартериита и 2-месячной ремиссии, достигнутой в процессе лечения.

Н., 57 лет, поступила 7/X 1966 г. с диагнозом: бронхопневмония, бронхиальная астма, легочно-сердечная недостаточность II ст. Жалуется на слабость, кашель со слизистогнойной необильной мокротой, периодические приступы удушья, потливость. Больна 5 дней. Заболевание возникло внезапно. Температура поднялась до 40°.

С 1962 г., после прекращения менструаций, Н. страдает частыми приступами бронхиальной астмы, инвалид II гр. с 1965 г.

Большая истощена, кожные покровы бледны с землистым оттенком, губы цианотичны. Температура при поступлении 37,8°. Костно-суставная система в норме, периферические лимфоузлы не увеличены. На фоне ослабленного дыхания прослушиваются рассеянные сухие и мелкопузырчатые хрипы в задне-нижних отделах легких. Границы сердца несколько расширены влево, I тон приглушен, акцент II тона на аорте. Пульс 80, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень на палец выступает из-под ребер, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме.

За время пребывания больной в стационаре у нее длительно была субфебрильная температура, подъем АД на руках до 150/90—170/110—180/120, на правой нижней конечности — до 200/120, на левой — до 180/110.

Гем. — 14,3 г% — 86 ед. Л. — 10 350; э. — 48%, п. — 7%, с. — 34,5%, л. — 8,5%, м. — 2%; РОЭ — 45 мм/час. После 17-дневного пребывания в стационаре Гем. — 15 г% — 90 ед., Э. — 4 460 000, Л. — 29 450, э. — 77,5%, п. — 2%, с. — 13%, л. — 4%, м. — 3,5%. RW отрицательная.

Протеинограмма: альбумины 47%, α_1 -глобулины 8%, α_2 -глобулины 12%, β -глобулины 15%, γ -глобулины 18%.

Глазное дно обоих глаз слегка завуалировано. Диски зрительных нервов нормальны. На сетчатке вокруг дисков беловатые полиморфные очажки, стенки сосудов уплотнены, ход и калибр сосудов нормален. Начинающаяся катаракта, ангиосклероз сетчатки, ретинопатия.

Рентгенокопия органов грудной клетки. Сосудисто-бронхиальный рисунок резко усилен на всем протяжении легочных полей, больше в средне-нижних отделах. Инфильтрация легочной ткани справа, соответственно передне-латеральным сегментам нижней доли. Корни легких широкие, бесструктурные. Купол диафрагмы справа в латеральном отделе деформирован за счет плевродиафрагмальных сращений. Френикокастальный синус слева не раскрывается. Умеренная гипертрофия правого желудочка сердца, пульсация ритмичная, учащена. Аорта в норме. При повторной (через три недели) рентгенокопии органов грудной клетки инфильтрации в легких не обнаружено.

У больной периодически возникали приступы бронхиальной астмы, купирующиеся инъекциями адреналина и атропина; беспокоили боли в эпигастрии и правой подвздошной области. Появился учащенный жидкий стул, иногда со слизью. Поносы не прекращались, несмотря на энергичное лечение. При ректороманоскопии, рентгенокопии желудка и кишечника патологии не установлено. Бактериологические посевы кала не выявили возбудителей дизентерии. Одновременно у больной возникли сильные боли в руках и ногах, чувство онемения в левой кисти, особенно интенсивными были боли по внутреннему краю левого предплечья и по ходу икроножных мышц, они лишали больную сна. При выраженной мышечной атрофии у больной имелось снижение болевой чувствительности на обеих ногах, паретическая походка. Мышечная слабость, боли в нижних конечностях были настолько сильными, что больная не могла вставать с постели. На рентгенограмме правого и левого голеностопного суставов отмечается остеопороз костей.

Невропатологом у больной констатирован полиневритический синдром.

Обнаружены волчаночные клетки, единичные в препарате.

Был диагностирован узелковый периартерит. Больная получала преднизолон (по 20 мг в день, за весь курс лечения 825 мг), салицилаты, антибиотики, прозерин, витамин В₁ и В₁₂, аскорбиновую кислоту, фолиевую кислоту, гипотензивные и сердечно-сосудистые средства, при нестерпимых болях в конечностях ей делали инъекции 50% раствора анальгина и 1% промедола.

Состояние больной значительно улучшилось: исчезла лихорадка, нормализовалось АД, прекратились приступы бронхиальной астмы и поносы. Нормализовалась картина крови. В результате лечения боли в конечностях почти прекратились, больная могла ходить по палате, однако походка оставалась резко паретической. После 4-месячного пребывания в стационаре больная выписана в удовлетворительном состоянии.

5/V 1967 г. больная поступила повторно и выписалась после 83-дневного стационарного лечения. На этот раз в клинической картине заболевания превалировал легочный синдром: частые затяжные приступы бронхиальной астмы на фоне диффузного пневмосклероза и эмфиземы легких. Температура была субфебрильной, периодически наблюдалась артериальная гипертензия.

УДК 611.717.2 — 616.71 — 001.5

И. С. Капитанский и А. А. Беляков (Саранск). Оперативное лечение смещенных и оскольчатых переломов ключицы

Изучены отдаленные результаты лечения 228 больных со смещенными и оскольчатыми переломами ключицы, лечившихся с 1960 по 1967 г. Мужчин было 202. Переломы левой ключицы были у 140 чел. У 61,5% больных была транспортная травма. 155 чел. лечились консервативно (гипсовая повязка Дезо), 73 чел. — оперативно. Из числа оперированных больных у 28 были оскольчатые, у 29 — поперечные и у 16 — косые переломы ключицы. Показаниями к оперативному лечению являлись оскольчатые переломы со смещением по ширине или с отломком, расположенным вертикально к основной оси ключицы и вызывающим давление на плечевое сплетение или угрожающим подключичной артерии; неврвнимые консервативным способом косые и поперечные переломы, несросшиеся переломы. У 56 больных отломки фиксированы с помощью спицы Киршнера, у 3 — эластическим гвоздем. Фиксаторы мы вводили ретроградно. У 9 больных отломки фиксированы кетгутом и у 5 — шелком.

При консервативном методе хорошие отдаленные результаты лечения получены у 45 чел. (29%), удовлетворительные — у 90 (58%) и неудовлетворительные — у 20 (13%), при оперативном соответственно у 66 (90,4%), 5 (6,8%) и 2 (у 1 из них образовался ложный сустав ключицы после остеосинтеза кетгутом, а у другого — избыточная костная мозоль с наличием свища после остеосинтеза шелком). При металлическом остеосинтезе плохих результатов и осложнений не отмечено. Все 228 больных вернулись к своим прежним профессиям.

Средний срок нетрудоспособности при консервативном лечении переломов ключицы равен 44,5 дня, а при оперативном — 36 дням.

УДК 616.346.2 — 089.87

**В. В. Широких (Шоршелская участковая больница Чувашской АССР).
О перевязке сосудов брыжейки червеобразного отростка**

Вторичное кровотечение после аппендэктомии — хотя и редкое, но очень опасное осложнение. Основным источником кровотечения являются сосуды брыжейки червеобразного отростка. Правильное и тщательное лигирование этих сосудов позволяет устранить угрозу послеоперационных кровотечений. Существующий метод перевязывания брыжейки оправдал себя, но все же в ряде случаев наблюдается соскальзывание лигатуры.

Предлагаемый нами метод лигирования сосудов заключается в следующем. Проккол брыжейки червеобразного отростка иглой Дешана (см. рис.) производят в двух

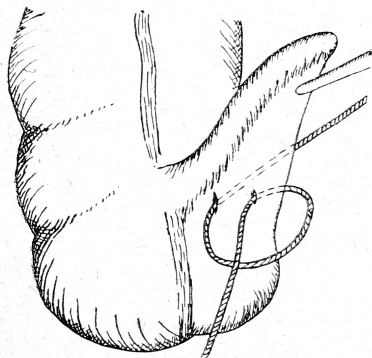


Рис. 1.

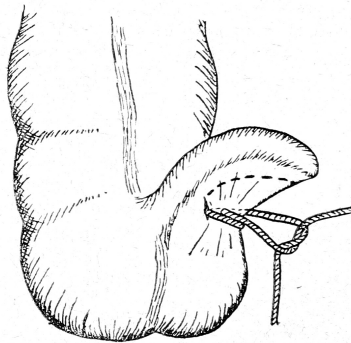


Рис. 2.

местах: первый — у основания отростка, второй — между основанием отростка и свободным краем брыжейки. После отсечения брыжейки от отростка, когда разрез ведут от его верхушки до места первого прокола, второй прокол, фиксируя лигатуру, предотвращает возможность ее соскальзывания.