

В. Д. Агиенко (Томск). Генерализованный геморрагический васкулит при непереносимости к меркузалу и новуриту

Ртутные препараты органического ряда: салирган, меркузал, промеран, новурит и др. обычно и при длительном (до нескольких месяцев) их применении не дают каких-либо побочных реакций (Г. Г. Антонов, 1954). Однако наблюдается у отдельных лиц непереносимость к этим препаратам.

Как весьма серьезное осложнение, заканчивающееся летально, несмотря на отмену препарата, описан генерализованный геморрагический васкулит.

Приводим наше наблюдение.

О., 53 лет, поступил в клинику 20/XI 1961 г. по поводу эмфиземы легких, легочного сердца с расстройством кровообращения III ст.

В анамнезе хронический бронхит (с 1937 г.), частые пневмонии. С 1955 г. приступы удушья, купируемые эфедрином. С течением времени развилась постоянная одышка, присоединились отеки, увеличилась печень. Неоднократно находился на стационарном лечении. Во время последнего пребывания в больнице в течение полутора месяцев получил 12 инъекций меркузала.

Состояние тяжелое. Ортопноэ. Цианоз носогубного треугольника и дистальных отделов конечностей. Грудная клетка бочкообразной формы. В легких разнокалиберные влажные хрипы. Сердце увеличено во всех размерах, тоны глухие, ритмичные, акцент второго тона на легочной артерии. АД 110/80. Пульс 86, слабый. Печень выходит из-под реберной дуги на 4 см, болезненная. В брюшной полости небольшое количество свободной жидкости. Выраженный отек ног и поясничной области.

Гем.—80%, Э.—3 780 000, Л.—9 300, э.—2%, с.—80%, л.—9%, м.—9%. РОЭ—8 мм/час. RW отрицательная. Моча без особенностей.

Рентгеноскопия. Легочная ткань эмфизематозна. Сердце увеличено за счет всех сегментов, особенно увеличены правые его отделы.

Назначены кислород ингаляционно, сердечные и отхаркивающие средства и одновременно введена внутримышечно ампула меркузала. Мочегонный эффект оказался недостаточным (диурез—1100 мл, до этого 550 мл). Через два дня на левом локтевом сгибе появилась яркая геморрагическая сыпь, которая была расценена как следствие неудачного внутривенного введения строфантина. Через четыре дня была повторно введена ампула меркузала. После этого сначала в области крупных суставов, а затем и диффузно по всему телу появилась мелко- и крупнопятнистая геморрагическая сыпь. Больного стали беспокоить сильные боли в суставах, которые резко ограничивали движения. Вскоре присоединились явления левосторонней пневмонии. Появился частый жидкий стул без крови. Сердечная деятельность катастрофически падала (пульс—120—130, АД 90/60). Были назначены димедрол и хлористый кальций.

Гем.—82%, Э.—4 200 000, Л.—6 200, п.—3%, с.—69%, л.—22%, м.—6%, РОЭ—26 мм/час.

Длительность кровотечения—на второй минуте, скорость свертывания—на третьей минуте. Протромбиновый показатель 107%. Тромбоцитов—120 240. В моче появились белок, гиалиновые цилиндры, эритроциты. Температурной реакции не было.

В связи с нарастающей олигурией был применен на фоне упомянутой десенсибилизирующей терапии через 4 дня после последней инъекции меркузала новурит (0,5). Состояние больного еще более ухудшилось, причем острота зрения снизилась. Окулист обнаружил гиперемию сосков зрительного нерва, расширение сосудов дна, особенно вен. На коже к этому времени появились геморрагические пузыри величиной около 0,5 см в диаметре, а местами—участки некроза. Больной находился все время в полудремотном состоянии. Последние два дня—состояние коматозное. 22/XII-61 г. последовала смерть при явлениях отека легких.

Секция (прозектор Г. К. Недорезова). Помимо множественных геморрагий на коже в области голеностопных и плечевых суставов, имеются участки некроза (на разрезе вплоть до клетчатки). Мозг полнокровен и отечен. Дыхательные пути содержат кровянистую пенистую жидкость. Легочная паренхима воздушна с участками уплотнения. Обширные плевральные сращения; вне их на плевре рассеянные точечные кровоизлияния. Сердечная сорочка местами сращена с эпикардом; на последнем—множественные кровоизлияния, обнаруживаемые и на эндокарде левого желудочка. Ткань сердца дряблая. Клапанный аппарат без особенностей.

На висцеральной брюшине точечная геморрагическая сыпь. Слизистая желудка полнокровная с рассеянными эрозиями и сливными точечными кровоизлияниями.

Гистологическое исследование показало, что в ряде внутренних органов (мозг, сердце, почки, легкие) имеет место плазматическое пропитывание стенок мелких сосудов с периваскулярными инфильтратами (за счет клеток лимфоидного ряда) и днапедезными кровоизлияниями. В коже, кроме того, был обнаружен очаговый некроз покровного эпителия, а в почках—дистрофия эпителия извитых канальцев без признаков некронефроза.

Следует сделать вывод, что при назначении ртутных мочегонных необходимо учитывать состояние мочевыделительной системы, и при отрицательных результатах после первых назначений препарата лучше от дальнейшего его использования воздержаться.

УДК 616.9—616—006

В. А. Анисимова (Куйбышев-обл.). Злокачественные новообразования в практике инфекциониста

В нашу клинику инфекционных болезней в течение 1958—1962 гг. было направлено 155 больных со злокачественными опухолями. У 47 из них ошибочный диагноз инфекционного заболевания был отвергнут уже в приемном покое дежурным врачом, установившим рак поджелудочной железы у 15 больных, желудка — у 16, легкого — у 4 и других локализаций — у 12.

У остальных больных уже в стационаре, после тщательного обследования, были установлены следующие заболевания: рак поджелудочной железы — у 38, желудка — у 22, легкого — у 20, головного мозга — у 5, тонкого кишечника — у 4, прямой кишки — у 4, печени (первичный) — у 3, желчных путей — у 5, матки и ее придатков — у 3, грудной железы — у 3; саркома печени, менингеальных оболочек, ребра, орбитального края глазницы — у 4.

Большая часть этих больных была направлена с диагнозами: болезнь Боткина, брюшной и сыпной тифы, грипп, острая дизентерия и др.

В возрасте от 16 до 20 лет было 3 больных, от 21 до 50 — 44 и старше — 109.

УДК 615.814.1

Е. П. Архипов (Бугульма). Об использовании точек чжэнь в послеоперационном периоде

Мы применили чжэньтерапию для борьбы с различными функциональными нарушениями и осложнениями послеоперационного периода у 103 больных. У 98 из них отмечен выраженный терапевтический эффект, у 5 больных эффекта не было. Воздействие на точки чжэнь, по нашим наблюдениям, является эффективным методом терапии различных рефлекторных нарушений послеоперационного периода. Однако мы при необходимости сочетаем чжэньтерапию с другими методами лечения.

Особое внимание мы обращали на борьбу с послеоперационными раневыми болями. С этой целью мы широко пользуемся короткими новокаиновыми блокадами по следующей методике: определив легкими надавливаниями пуговчатым зондом кожи вокруг операционной раны точки наибольшей болезненности (их обычно 2—4), в эти точки, предварительно образовав «пятачок» внутрикожным введением новокаина, подкожно вводим 5—10 мл 0,25% раствора новокаина. Как правило, в результате такой несложной процедуры у больных значительно уменьшались боли в области раны, улучшалось самочувствие, нормализовался сон.

В процессе применения чжэньтерапии мы обратили внимание на тот факт, что иглоукалывание, примененное в первые сутки после операции, не устраняло, а усиливало то или иное функциональное нарушение послеоперационного периода. Спустя же сутки после операции терапевтический эффект иглоукалывания проявлялся полностью. Поэтому чжэньтерапию мы применяем только на следующие сутки после операции. Далее, если в первое время мы воздействовали на точки чжэнь китайскими иглами, то затем все чаще стали применять короткие новокаиновые блокады активных точек чжэнь, получая хороший терапевтический эффект. На наш взгляд, блокада точек чжэнь обладает теми достоинствами, что не требует наличия специальных игл, отнимает меньше времени у врача и дает возможность применять ее в условиях любого стационара. Короткую блокаду точек мы производим 0,25% раствором новокаина. Сделав «лимонную корочку» в активной точке, мы осторожно вводим иглу глубже до получения больным предусмотренного ощущения, после чего, зафиксировав положение иглы, вводим 3—5 мл новокаина. Эффективно, но в меньшей степени, внутрикожное введение новокаина в область расположения точки чжэнь.

Н. Г. Вьюнышев (Куйбышев-обл.). Особенности формирования ампутационной культи в зависимости от метода обработки кости при ампутации нижней конечности

Хотя ампутация является одной из древнейших операций, многие вопросы, касающиеся техники ее производства и функциональных исходов, не нашли еще окончательного разрешения. Обследования ампутированных показали, что порочные культи встречаются в 60—98% (Н. Н. Бурденко, Ф. А. Копылов), в половине случаев порочность обусловлена дефектами формирования опорного конца кости.

Для предупреждения этих пороков, в значительной степени зависящих от техники ампутации, предложены различные способы обработки кости.