

но-затылочной области головы имеется флегмона мягких тканей. В неврологическом статусе отмечалось сочетание общемозговых и очаговых симптомов. Больная сонлива, заторможена. Выражены менингеальный синдром, моноплегия левой руки, центральный парез левого лицевого нерва, двусторонний птоз (больше справа), расходящееся косоглазие, анизокория, дизартрия; голос с носовым оттенком.

В анализах спинномозговой жидкости, бесцветной и мутной, нарастали полинуклеарный плеоцитоз (от 0,163 до $3,9 \cdot 10^9$ в 1 л), содержание белка (от 0,33 до 1,6 г%) и реакция Панди (от + до ++++); было снижено содержание сахара до 1,5 ммоль/л, хлоридов до 623 ммоль/л.

При посевах ликвора через 3 нед после травмы выделены вначале единичные, а затем множественные колонии грибов, идентифицированные в отделе глубоких микозов Московского института медицинской паразитологии как нокардия. Культура грибов была высокочувствительной к мономицину и левомицетину, мало чувствительной к стрептомицину, эритромицину, хлортетрациклину, устойчивой к биомицину, пенициллину, тетрациклину. Реакция агглютинации с аутоштаммом положительна в титре 1:80. В крови лейкоцитов $16,7 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ до 43 мм/ч.

Больная получала дегидратационное, дезинтоксикационное лечение, антибиотики интракаротидно и эндолумбально, а с 31/III 1972 г. — курс лечения нистатином. Однако состояние больной продолжало ухудшаться: нарастали головная боль, общемозговая и очаговая симптоматика, температура имела ремиттирующий характер, появились пролежни в области крестца, отмечалось резкое падение сердечной деятельности, развился отек легких. 12/IV 1972 г., т. е. через 3 нед после поступления в клинику и 5 нед после травмы головы, наступила смерть. Клинический диагноз: менингоэнцефалит.

Патологоанатомический диагноз: посттравматический гнойный менингоэнцефалит; флегмона мягких тканей волосистой части головы; субарахноидальное кровоизлияние в затылочной области: гнойный базиллярный лептоменингит; множественные мелкие абсцессы в варолиевом мосту; острый отек и набухание головного мозга; начинающаяся гидроцефалия; умеренный отек легких; пиелостит; мутное набухание миокарда, печени и почек; полнокровие пульпы селезенки; пролежни в области крестца.

Из мозга и ликвора умершей выделена культура нокардия.

Нокардиоз, многие годы рассматриваемый как атипичный актиномикоз, в связи с его учащением привлекает все большее внимание исследователей. При генерализованной форме нокардиоза, в отличие от актиномикоза, метастатические абсцессы особенно часто развиваются в головном мозге.

Очевидно, при достаточной микологической настороженности и применении соответствующих микробиологических, серологических и аллергологических методов исследования возможна прижизненная диагностика микоза, особенно при таком менингоэнцефалите, бактериальная или вирусная природа которого ставится клиницистами под сомнение.

УДК 616.72—002.77—018.36—089.87

К. В. Зверева, Л. Н. Соколов, В. Я. Ермолина (Горький). Роль синовэктомии в реабилитации больных ревматоидным артритом

С целью определения роли синовэктомии в реабилитации больных ревматоидным артритом (РА) обобщены результаты наблюдений за 60 больными (75% оперированных) в возрасте от 16 до 58 лет (43 женщины и 17 мужчин). Эффективность синовэктомии мы определяли, ориентируясь на два срока наблюдения: ближайший — от 6 мес до 1 года и отдаленный — от 2 до 6 лет.

Уже в ближайшие после синовэктомии сроки у 30 из 48 обследованных больных была отмечена положительная динамика в течении заболевания. Это выражалось в восстановлении функции оперированного «ведущего», чаще всего коленного (у 29 из 30), сустава, в стихании боли и, благодаря этому, увеличении объема движений в других суставах у подавляющего большинства (у 26 из 30) больных, снижении активности процесса (у 25 из 30), что подтверждалось улучшением лабораторных показателей, в том числе исчезновением микроальбуминурии и гематурии. Отмечено сохранение работоспособности у 21 работавшего до операции; снижение группы инвалидности у 3 из 9, имевших ее ранее; появление возможности самообслуживания у пяти инвалидов I-й группы, которые до операции не могли передвигаться; замена костылей палочкой у трех инвалидов 2-й группы. Кроме того, удалось ликвидировать гормональную зависимость, развившуюся у 2 больных.

В то же время состояние 18 больных (это несколько больше трети обследованных в ближайшем периоде) после синовэктомии, выполненной на одном «ведущем» суставе (также коленном у 16 человек), существенно не изменилось. Выясняя причины различного эффекта операции, мы обратили внимание на следующее: 1) на разнородность возрастного состава 2-й группы, в которую, наряду с людьми молодыми (средний возраст 19 лет), вошли больные старше 50 лет (7 чел.); 2) на большую длительность заболевания (во 2-й гр. — 11 лет, в 1-й — 8); 3) более выраженную активность

процесса (у половины больных 2-я и 3-я степень); 4) большее число вовлеченных в патологический процесс суставов у людей старшего возраста (во 2-й гр.— 9, в 1-й—6).

Полученные на этом этапе медицинской реабилитации данные показали, таким образом, значение возраста и активности процесса как основных моментов, определяющих исход синовэктомии в ближайшее после операции время.

При изучении отдаленных (от 2 до 6 лет) результатов у 39 прооперированных больных, мы пришли к выводу, что чаще всего эффективность синовэктомии в отдаленном периоде определялась начавшейся уже вскоре после операции положительной динамикой. Медицинская, семейная и трудовая реабилитация оказалась наиболее стойкой и эффективной у больных, оперированных при минимальной активности РА.

Длительность заболевания, число пораженных суставов, частота микроальбуминурии и гематурии не являлись решающими для прогноза в отдаленном периоде, так как были равнозначными в обеих группах.

Вместе с тем мы убедились в значении числа суставов, на которых была произведена синовэктомия, для бытовой и рабочей реабилитации больных РА. Среди больных, сохранивших на отдаленных сроках работоспособность или получивших возможность работать (20 человек), и больных, оставшихся инвалидами, но получивших возможность передвигаться и оказывать посильную помощь семье (6 человек), 40% перенесли операцию на двух или более суставах; среди больных, у которых не было достигнуто эффекта от синовэктомии, операции на двух суставах были выполнены только у 2 из 13.

Полученные данные свидетельствуют, что необходимо более тщательно определять количество «ведущих» суставов у каждого больного РА, используя для этого весь комплекс средств объективного обследования. Практически, по-видимому, наиболее целесообразными при множественном поражении суставов, особенно при выраженной активности РА, являются последовательные синовэктомии на «ведущих» суставах.

Важным условием эффективности синовэктомии в реабилитации больных РА является тщательный отбор больных на операцию, обязательное диспансерное наблюдение после нее с проведением медикаментозной терапии и санаторно-курортного лечения. Это может быть осуществлено лишь при содружественной работе хирургов-артрологов и терапевтов и обязательной психологической реабилитации прооперированных больных.

УДК 616.132—007.64

И. И. Авдеев, С. А. Шведов (Ульяновск). Расслаивающая аневризма аорты, симулирующая тромбоз бифуркации аорты

С., 44 лет, доставлен 19/I 1981 г. в 21 ч 30 мин реанимационной бригадой скорой помощи в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: тромбоэмболия бифуркации аорты, гипертоническая болезнь III степени, гипертонический криз. В течение 15 лет страдает гипертонической болезнью, трижды были гипертонические кризы.

Заболел остро 19/I 1981 г. в 19 ч: появились сильные боли внизу живота, а затем в нижних конечностях. Состояние больного крайне тяжелое, он заторможен. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом, акроцианоз. Одышка до 45 в 1 мин. В легких жесткое дыхание. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

АД 37,3/16,0 кПа. Границы сердца расширены, тоны приглушены. Язык влажный, живот участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка, почки не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Катетером выпущено 600 мл прозрачной мочи. На ЭКГ—признаки хронической коронарной недостаточности, гипертрофия левого желудочка. Кожные покровы нижних конечностей бледно-цианотичные с мраморным рисунком, холодные. Пульсация на бедренных и подколенных артериях отсутствует с обеих сторон.

Поставлен диагноз: тромбоэмболия бифуркации аорты. Больной госпитализирован в реанимационное отделение. На фоне антикоагулянтной терапии произведена двусторонняя ревизия бедренных и подвздошных артерий. Тромбов не обнаружено. Из центральных кончиков бедренных артерий—слабый кровоток. Поставлен диагноз: расслаивающая аневризма аорты. После операции состояние осталось прежним, пульсация артерий на нижних конечностях отсутствовала. Через 20 ч больной скончался.

Данные протокола вскрытия: расслаивающая аневризма аорты, распространяющаяся на все отделы аорты, включая и общие подвздошные артерии. Над клапанами аорты—разрыв интимы с образованием небольшой внутрисстеночной гематомы. Эта патология аорты развилась на фоне гипертонической болезни, проявившейся резкой гипертрофией сердца, а осложнением ее явилось сдавление мезентериальных и печеночных артерий с последующим некрозом тонкого кишечника, печени, кортикальными некрозами в почках.

Патологоанатомический диагноз: расслаивающая аневризма аорты с надклапаным разрывом интимы. Тотальный некроз тонкого кишечника, некроз печени, кортикальный некроз почек, очаг размягчения в лобной доле правого полушария, аденома левого надпочечника.