

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.