

норов (100) и у детей школьного возраста, вакцинированных против полиомиелита (30).

При попытке определения динамики циркуляции ИК в 50 парных сыворотках у 26 больных ГЛПС установлено, что усредненный учет положительный находит в различные сроки от начала болезни не дает четкой информации. При частом (с интервалами в 2—3 дня) исследовании сывороток больных ГЛПС в остром периоде ИК могут быть обнаружены уже в первые дни болезни. Но в течение острого периода происходит колебание концентрации ИК, и в некоторые дни лихорадочного периода они не определяются. Это явление может быть объяснено циклическим поступлением антигена вируса ГЛПС в русло крови на фоне постоянного высокого уровня антигенов с первых дней болезни. Поэтому концентрация антигенов, связанных с антителами в иммунные комплексы, изменяется циклически в течение острого периода болезни (см. рис.).

В большинстве случаев циркулирующие ИК исчезают из крови к периоду реконвалесценции (21-й день болезни), но в некоторых случаях их выявляли спустя несколько месяцев и даже лет от начала болезни.

Известно, что способность циркулирующих ИК оказывать патогенетическое действие зависит от их состава и размеров. Нами было проведено изучение размеров ИК, циркулирующих в крови больных ГЛПС. Сыворотки больных ГЛПС фракционировали методом гельфильтрации через колонку с сефакрилом-200. Фракции обследовали на наличие ИК методом осаждения полиэтиленгликолем. Кроме крупных ИК (>19S), в сыворотках могут находиться фракции промежуточного размера, которые, в отличие от более крупных, не могут быть элиминированы фагоцитами, а способны циркулировать в организме длительное время. Высокая частота обнаружения иммунных комплексов, продолжительность их циркуляции, возможно, свидетельствуют об определенной их роли в патогенезе ГЛПС.

УДК 616.831—005.1:616.517—08—039.76

### Р. З. Закиев (Казань). Излечение пустулезного псориаза после инсульта

Проблема терапии больных как обычным, так и пустулезным псориазом не разрешена до настоящего времени, несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных дерматологов. Ни одно из средств, применяющихся для лечения, не исключает возможные рецидивы болезни.

Мы длительное время наблюдали за больным, который страдал пустулезным псориазом по типу Барбера.

К., 71 года, считает себя больным с 1967 г. На ладонях и подошвах имеются гнойнички. При дотрагивании и ходьбе на гиперемированной и отеочной коже возникает сильная болезненность. Кроме того, на волосистой части головы видны участки покраснения, инфльтрации и шелушения.

Перенесенные болезни: грипп, ангина. Сопутствующие заболевания: церебральный атеросклероз, хроническая ишемическая болезнь сердца с гипертонией.

На основании данных клинико-лабораторных исследований в 1976 г. поставлен диагноз: пустулезный псориаз по типу Барбера. Больной периодически лечился у дерматолога. Ремиссии бывали короткими, отмечались ежегодные обострения заболевания, чаще в осенне-зимнее время. Больной находился под контролем не только дерматолога, но и участкового терапевта.

Запись дерматолога от 12/1 1983 г. Большой жалуется на болезненные высыпания в области ладоней и подошв. Объективно: кожный процесс охватывает волосистую часть головы, ладони и подошвы. На волосистой части головы очаги локализованы на виске и темени в виде бляшек красного цвета, которые распространяются также и на лоб. Бляшки покрыты чешуйками желтоватого цвета, легко снимаются при покабливании. Псориатические феномены (симптомы стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения) положительны. На ладонях и подошвах имеются множественные гнойнички и гнойные корочки, эрозии и трещины на фоне гиперемированной и отеочной кожи.

Анализ крови: э.— $3,84 \cdot 10^{12}$  в 1 л, Нв—1,7 ммоль/л, л.— $11,1 \cdot 10^9$  в 1 л, эоз.—2,5%, п.—2,5%, с.—55%, лимф.—33,5%, мон.—6,5%; СОЭ—26 мм/ч. Анализ мочи без особенностей.

Больному были назначены внутрь олететрин по 0,25 г 4 раза в день, димедрол по 0,05 г 2 раза в день. Наружно: ручные и ножные ванночки с раствором этикридина в соотношении 1:1000, а также гелиомициновая мазь.

Запись невропатолога от 25/1 1983 г. В ночь на 24/1 у больного внезапно нарушилась речь, развилась слабость в левых конечностях. Объективно: больной в постели, с ним возможен частичный контакт, реагирует на обращение врача, задания выполняет частично. Сознание сумеречное. Определяется ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, гипертонус в разгибательных мышцах предплечья, сгибателях и разгибателях левой голени. Имеется парез VII пары черепно-мозговых нервов слева, левосторонний пирамидальный гемипарез с выраженными двигательными нарушениями.

Диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой сред-

ней мозговой артерии. Атеросклероз церебральных сосудов II—III степени. Левосторонний пирамидальный гемипарез.

Запись невропатолога через 8 дней после инсульта (2/II 1983 г.): больной жалуется на головную боль. Речь частично восстановилась. С больным имеется полный контакт. Остается дезориентированность в обстановке.

Запись дерматолога через 10 дней после инсульта (4/II 1983 г.): жалоб не предъявляет, кроме ощущения незначительного зуда в области ладоней и подошв. Объективно: на волосистой части головы псориазические высыпания отсутствуют. На ладонях и подошвах наблюдается обильное шелушение кожи, пустулезных элементов; отечности и гиперемии нет.

Таким образом, через 10 дней после инсульта у больного, наряду с восстановлением отдельных функций организма, отмечено исчезновение псориазических высыпаний на волосистой части головы и пустулезных высыпаний на ладонях и подошвах. Запись дерматолога через 20 дней после инсульта (16/II 1983 г.): жалобы на ощущение незначительного зуда в области ладоней и подошв. При осмотре кожные покровы, волосистая часть головы, ладони и подошвы чистые.

Через год после инсульта (17/II 1984 г.) больной находится в постели из-за гемипареза. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, проявлений псориаза нет.

Таким образом, у больного, страдавшего с 1967 г. тяжелым кожным заболеванием — пустулезным псориазом, впервые за 16 лет наступило клиническое выздоровление за короткое время после инсульта. В настоящее время взят под наблюдение невропатологом и терапевтом, в помощи дерматолога не нуждается.

В доступной литературе случаев излечения пустулезного псориаза после инсульта мы не встретили.

УДК 616.341—007.272—02:616.127.001.6

### С. А. Обыденнов, А. А. Агафонов, В. А. Кузнецов, Ф. Г. Биккинеев (Казань). Сократительная функция миокарда при странгуляционной кишечной непроходимости

Целью настоящей работы было изучение влияния различных способов хирургического лечения странгуляционной кишечной непроходимости на сократительную функцию миокарда.

Эксперименты проводили на 40 кошках, разделенных на 4 группы: в 1-й — устраняли 1,5-часовую странгуляцию путем снятия лигатуры; во 2-й — то же с последующим удалением содержимого кишечника из его странгулированного и приводящего отделов; в 3-й — резецировали странгулированный отдел без снятия лигатуры; в контрольной группе определяли исходные показатели сократительной функции миокарда.

Сократительную функцию миокарда исследовали по методу Ф. З. Меерсона и сотр. (1965; 1968). Гистологически кишечная непроходимость 1,5-часовой давности признана критической — позднее этого срока наступал некроз кишечной стенки.

Через сутки после операции у животных 1-й группы отмечено значительное снижение насыщенных и резервных возможностей контрактильных свойств миокарда. Наибольшего внимания заслуживает динамика снижения максимально достижимого давления в левом желудочке ( $P_{\text{макс}}$ ) как показателя максимально достижимой силы, которую способна развить сердечная мышца. Уже при первом пережатии аорты  $P_{\text{макс}}$  снижалось по сравнению с контролем на 22%. Увеличение скорости систолы свидетельствует о довольно быстром утомлении миокарда. При дозированной нагрузке на миокард только одно животное выдержало 10 пережатий, остальные погибли после 8 окклюзий аорты.

У животных 2-й группы был выявлен значительный запас резервных возможностей миокарда: на десятом пережатии частота сердечных сокращений,  $P_{\text{макс}}$ , время достижения максимального давления в левом желудочке оказались на 24% выше, чем у животных 1-й группы; величина давления между пережатиями аорты (показатель адаптации миокарда на многократную нагрузку) была больше на 200%.

На следующие сутки после операции у животных 3-й группы многократное утомление миокарда обнаружило значительный резерв сократительной функции миокарда.

Итак, устранение непроходимости с последующим удалением содержимого кишечника из приводящего и странгулированного отделов благоприятно отразилось на состоянии сократительной функции миокарда, однако нагрузка на сердечную мышцу выявляла снижение ее резервных возможностей по сравнению с контролем. У животных, которым была выполнена резекция ишемизированного участка кишечника, сократительная функция миокарда находилась в наиболее благоприятном состоянии. Исходное состояние сократимости и ее резервные возможности были выше, чем в двух предыдущих группах, и приближались к контролю. Исходя из больших компенсаторных возможностей организма и сохранения функции пищеварения в оставшейся достаточно протяженной части кишечника резекцию ишемизированного, но жизнеспособного участка кишечной трубки на критических сроках ишемии, как показали наши эксперименты, можно считать оптимальной мерой устранения острой кишечной непроходимости.