

Н. А. Черкасова, Х. С. Бикбулатова, В. Н. Леонова (Казань), Особенности течения язвенной болезни у детей и подростков

Под наблюдением было 26 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (17 мальчиков, 9 девочек) в возрасте от 9 до 18 лет. Локализация язвы в двенадцатиперстной кишке констатирована у 22 человек, в теле желудка — у 4. Длительность заболевания до года была у 7, от года до 2 лет — у 4, от 2 до 3 — у 6, от 3 до 4 — у 3, от 4 до 5 — у 5, свыше 5 лет — у одного больного. Вредные привычки (курение, грубое нарушение режима питания) выявлены у 8 больных. Половина пациентов обратилось к врачу по поводу выраженного болевого синдрома, связанного с приемом пищи, болей натощак. Изжога была у 17 человек, ощущение кислой отрыжки — у 9, рвота — у 12.

Следует отметить, что у 7 из 26 больных диагноз язвенной болезни был поставлен в поздние сроки. У 5 человек заболевание впервые проявилось кишечным кровотечением. Желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе были отмечены еще у 2 больных. Двое поступили в дежурную клинику по поводу перфорации язвы двенадцатиперстной кишки, причем предязвенного состояния в анамнезе у них не выявлено.

У 19 пациентов язвенная болезнь развилась на фоне гиперхлоридрии. Вегетативная дисфункция и симптомы ваготонии диагностированы у 12 больных. 8 пациентов жаловались на ежегодное ухудшение состояния в весеннее время, что вынуждало их к госпитализации.

Итак, в молодом возрасте преобладает язва двенадцатиперстной кишки, которая протекает с гиперхлоридрией. Заболевание чаще проявляется на фоне дисфункций вегетативного отдела нервной системы — ваготонии. Наряду с яркой симптоматикой могут быть безболевые, «немые» язвы, которые проявляются после перфорации желудка или желудочно-кишечного кровотечения. Ювенильные язвы отличаются торпидностью течения. Начавшись в детском возрасте, они могут протекать с выраженным болевым синдромом и частыми рецидивами.

Профилактика язвенной болезни должна проводиться с раннего возраста и заключаться в естественном вскармливании, организации правильного питания школьников, санации хронических очагов инфекции, длительном поэтапном, включая санаторное, лечении детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, исключении курения и приема алкоголя.

Ввиду торпидности течения с частыми рецидивами и осложнениями больные с ювенильными язвами нуждаются в более длительном лечении в стационаре и в очень внимательном диспансерном наблюдении в течение 5 лет с ежегодным проведением противорецидивного лечения весной и осенью.

В. М. Андреев, С. В. Шмелева (Казань). К методике исследования альвеолярной вентиляции быстродействующим анализатором кислорода

Для отработки методики исследования альвеолярной вентиляции с помощью быстродействующего газоанализатора кислорода «Медфизприбор» изучали содержание O_2 в выдыхаемом воздухе у 35 здоровых, 30 больных ХНЗЛ и у 20 лиц с ревматическими пороками сердца. При анализе оксиграмм мы столкнулись с трудностями. У большинства здоровых при свободном дыхании в конце выдоха концентрация кислорода оказывалась выше, чем после углубленного выдоха. Еще выше содержание кислорода было в выдыхаемом воздухе при поверхностном частом дыхании. Создавалось впечатление, будто при поверхностном частом дыхании содержание кислорода в легких выше, то есть альвеолярная вентиляция эффективнее. Так, если у здоровых содержание кислорода в конце свободного выдоха при спокойном дыхании в среднем составляло $13,7 \pm 1,6\% / pO_2$ ($97,8 \pm 11,3$ мм рт. ст.), то в конце глубокого выдоха — $11,7 \pm 2,1\% pO_2$ ($80,2 \pm 22,8$ мм рт. ст.). Разница концентрации кислорода в выдыхаемом воздухе при обычном и углубленном выдохе зависит от величины дыхательного объема. Известно, что первые примерно 750 мл выдыхаемого воздуха все еще содержат воздух анатомического мертвого пространства, где содержание кислорода выше, поэтому при обычном или частом поверхностном дыхании, когда величина дыхательного объема меньше 750 мл, в конце выдоха регистрируется более высокое содержание кислорода в смешанном воздухе мертвого и альвеолярного пространств. В конце углубленного выдоха, когда величина дыхательного объема больше или равна 750 мл, концентрация кислорода в выдыхаемом воздухе приближается к альвеолярной и оказывается ниже. Исследование нельзя проводить и при глубоком дыхании, что повышает содержание кислорода в альвеолярном пространстве в результате гипервентиляции.

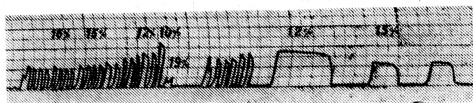


Рис. 1

содержание кислорода в выдыхаемом воздухе постепенно повышается и возвращается к исходной при обычном неглубоком дыхании (с 10 до 15—16%). Поэтому целесообразно определять концентрацию кислорода в выдыхаемом воздухе в конце быстрого удлиненного выдоха, произведенного после свободного вдоха при обычном дыхании. Это порция выдыхаемого воздуха по составу приближается к альвеолярной. Исследование проводится при относительном покое, в случае необходимости — в условиях основного обмена.

При такой трактовке оксиграммы у больных ХНЗЛ с ДН II—III степени pO_2 в выдыхаемом воздухе в среднем составляло 84,1 мм рт. ст., в альвеолярном — 68,6 мм рт. ст.



Рис. 2

У больных с ХНЗЛ с обструктивным синдромом на оксиграммах выявляется и неравномерность вентиляции. На рис. 2 представлена оксиграмма больного ХНЗЛ при обычном дыхании и углубленном выдохе. При обычном дыхании содержание кислорода в выдыхаемом воздухе равняется 11%, при углубленном выдохе — 7%, причем на протяжении выдоха содержание кислорода значительно снижается, что указывает на неравномерную альвеолярную вентиляцию: в начале выдоха регистрируется кислород в воздухе мертвого пространства, далее в воздухе хорошо вентилируемых участков легких, где концентрация кислорода относительно высока, в конце углубленного выдоха — в воздухе плохо вентилируемых участков с низким содержанием кислорода.

У больных с ревматическими пороками сердца и недостаточностью кровообращения в выдыхаемом воздухе pO_2 оказалось равным 85,1 мм рт. ст. в альвеолярном — 68,9 мм рт. ст. Уменьшение pAO_2 , несмотря на увеличение минутного объема дыхания, которое наблюдается при значительной дыхательной недостаточности у больных с заболеваниями сердца и легких, объясняется снижением эффективности альвеолярной вентиляции, в основном в результате ее неравномерности. Таким образом, с помощью быстродействующего газоанализатора кислорода можно определять содержание кислорода в выдыхаемом, альвеолярном воздухе и равномерность альвеолярной вентиляции.

УДК 616.5+616.74]—002—036.111

Г. В. Тостановский, Л. А. Шумлянский, А. В. Ходыкин, А. М. Василенко, Н. В. Волосевич (Кривой Рог). Молниеносное течение дерматомиозита

Дерматомиозит — сравнительно редкое заболевание, относящееся к группе диффузных болезней соединительной ткани. Мы наблюдали необычное течение дерматомиозита, проявившегося бурным нарастанием клинических симптомов, которое, несмотря на раннее применение кортикостероидных гормонов, завершилось летальным исходом за 30 дней. В доступной литературе мы не встречали описания подобного течения дерматомиозита.

Б., 28 лет, считала себя здоровой. В декабре 1980 г. перенесла грипп. После выздоровления никаких проявлений заболевания не отмечала, продолжала работать. 19/II 1981 г. после психотравмы появились мелкоузловая сыпь и гиперемия в области лица, шеи и голеней, сопровождавшиеся сильным зудом, а также отечность век, языка и слизистой рта, слабость, лихорадка до 38°. Лечилась амбулаторно у участкового врача по поводу острого респираторного заболевания и крапивницы. Гипосенсибилизирующая и антигистаминная терапия состояния не улучшила.

26 февраля больная была госпитализирована в терапевтическое отделение. Состояние при поступлении средней тяжести. Беспокоили общее недомогание, выраженная слабость, преимущественно верхней половины туловища. Из-за мышечной слабости затруднены подъем с постели, движение рук вверх, глотание. За ушными раковинами, на шее, груди, над коленными и локтевыми суставами видна мелкоузловая сыпь, отмечены признаки афтозно-язвенного стоматита, отечность и гиперемия век, субфебрилитет. Пульс — 110 уд. в 1 мин, ритмичный. АД — 16,7/11,3 кПа (125/85 мм рт. ст.). Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Частота дыхания — 20—22 в 1 мин. Над легкими при перкуссии выслушивается ясный легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови от 27/II 1981 г.: эр. — $3,7 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб — 1,9 ммоль/л, цв. показатель — 0,9, л. — $5,5 \cdot 10^9$ в 1 л, эоз. — 1%, п. — 3%, с. — 69%, лимф. — 24%, мон. — 3%;