

ВЫВОДЫ

1. Явления высыхания ПКП, наблюдаемые и в норме, ускоряются при поражении глаза вирусом простого герпеса.

2. Усугубление нейротрофических изменений при неоднократных рецидивах герпетических кератоконъюнктивитов, особенно в глазу с трахомой IV стадии, а также воспалительные изменения в тарзоконъюнктивальной ткани и в дольках мейбомиевых желез в ряде случаев могут привести к гипофункции основной секреторной системы глаз.

УДК 616.154.19:616.132

Г. А. Измайлов (Казань). Эмболия бифуркации аорты

На долю эмболии бифуркации аорты приходится 16% всех эмболий. Ее источником являются пристеночные тромбы левой половины сердца (чаще левого предсердия и его ушка) и реже — атероматоз. Так называемых перекрестных, или парадоксальных, эмболий в литературе не описано.

Клиника эмболии бифуркации аорты проявляется тяжелыми общими и локальными симптомами. Начало заболевания молниеносное. Возникают боли внизу живота, иррадиирующие в нижние конечности и промежность, затем — боли и чувство похолодания, онемения в ногах. Больные лишаются возможности двигать ногами и вынуждены держать их в вытянутом положении. Констатируется нарушение всех видов чувствительности на ногах, выраженная бледность кожи, отсутствие пульсации периферических сосудов и снижение температуры.

Лечение больных необходимо начинать с консервативных мероприятий. Хорошие результаты наблюдаются при неполной закупорке бифуркации аорты с рефлекторным спазмом сосудов конечности и дальнейшим развитием продолженных тромбов.

Консервативное лечение особенно показано в первые 6 часов заболевания, при неясной клинической картине, невозможности проведения операции или при наличии абсолютных противопоказаний к ней (крайне тяжелое общее состояние), а также в виде вспомогательного лечения до и после эмболектomie. Одновременно оно является и предоперационной подготовкой.

Радикальным методом лечения является оперативное удаление эмбола. В последние годы появились сообщения об успешном удалении эмбола при помощи ретроградного зондирования через бедренные артерии. Для этих целей наилучшим инструментом является аравматичный катетер Фогарти с раздувающимся резиновым баллончиком на конце.

Терапевтический комплекс включает строгий постельный режим, паранефральные новокаиновые блокады, введение тромболитических препаратов и антикоагулянтов прямого и непрямого действия, анальгетиков, протеолитических ферментов, спазмолитических средств, изотонических растворов глюкозы, антигистаминных средств. Каких-либо согревающих компрессов, укутываний конечности мы не применяем.

Под нашим наблюдением находилось 5 больных с эмболией бифуркации аорты (женщин — 3, мужчин — 2; 4 чел. старше 50 лет).

У 1 пациента молодого возраста, у которого была неполная закупорка аорты, консервативная терапия несколько улучшила кровообращение в конечностях, но он вскоре умер от повторных эмболий.

4 больных были оперированы в первые 16 часов от начала эмболии. Из них умерло 2 в 1-е сутки после операции эмболектomie от развившейся сердечно-сосудистой недостаточности.

Практика показала, что больные требуют усиленной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию сердечно-сосудистых нарушений, функциональной деятельности почек, на детоксикацию, снятие сосудистого спазма и болей, предупреждение вторичного продолженного тромбоза, локальное снижение обмена веществ в тканях пораженных конечностей путем охлаждения их.

2 пациента после успешно проведенной эмболектomie были выписаны в удовлетворительном состоянии. Приводим одно из наблюдений.

С., 59 лет, длительно страдающая ревматизмом, поступила в клинику через 6 часов после возникновения острых болей внизу живота и в нижних конечностях. Беспокойна, кричит от болей, бледная. Акроцианоз. Ноги холодные на ощупь, движения и всякая чувствительность отсутствуют. Пульсация на периферических артериях не определяется, пульсация брюшной аорты выше пупка усилена.

Границы сердца расширены. На верхушке выслушивается систоло-диастолический шум. Пульс 82, аритмичный, АД 135/85. Печень увеличена на 4 см, плотная, безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочепускание безболезненное, учащенное.

Диагноз: эмболия бифуркации аорты, комбинированный митральный порок 3-й ст. по Бакулеву — Дамиру, атеросклероз, коронаросклероз.

После консервативной терапии боли уменьшились, больная успокоилась, наступило улучшение общего состояния. Однако через 8 час. вновь появились сильные боли

в ногах. Под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с применением миорелаксантов левосторонним трансректальным разрезом от реберной дуги до лобка экстраперитонеально обнажена аорта от нижней брыжеечной артерии до наружных подвздошных артерий. Пульсация на последних не определялась. В области бифуркации прощупывается плотный эмбол, полностью закрывающий просвет аорты. Аорта и общие подвздошные артерии выделены выше и ниже места окклюзии, взяты на хлорвиниловые турникеты. Аорта вскрыта, удален эмбол длиной 3,5 см. Наложены одиночные швы на аорту атравматичными иглами с синтетической нитью и послыйный шов на рану. Кожные покровы обеих ног порозовели, появился пульс на артериях стоп. Первые 5 суток после операции больная получала также гепарин по 5000 ед. и рибонуклеазу по 25 мг 2 раза в сутки. Форсировался диурез. Выписана в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.155.194

**Г. П. Петрова, Ф. Г. Тазетдинова, Н. В. Гришина (Казань).
Гипопластическая анемия Фанкони**

Настоящая работа посвящена клиническому и гематологическому описанию 3 наших наблюдений гипопластической анемии Фанкони.

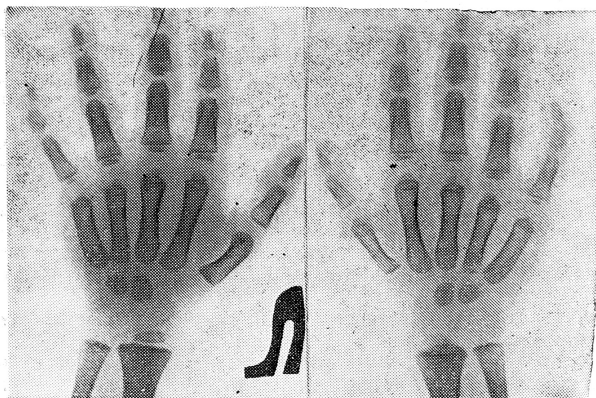
1. В., 12 лет, второй раз за последние годы поступила в детское отделение РКБ. Родилась от второй нормальной беременности и родов. В семье 3 детей, остальные дети здоровы. Родители также практически здоровы, у двух братьев по отцовской линии отмечалась полидактилия. Болезнь выявилась в шестилетнем возрасте: возникли слабость, головная боль, потеря аппетита, вялость. По поводу инфильтративного туберкулезного бронхоаденита девочка находилась в туберкулезном диспансере, затем в санатории, откуда с подозрением на заболевание крови переведена в детское отделение РКБ. Перенесла корь, коклюш. При поступлении отмечено, что девочка отстает в физическом развитии (интеллект соответствует возрасту). Наблюдается косоглазие, меланиновая пигментация кожи, бледность слизистых, кровоизлияния на коже и слизистых. На обеих руках — врожденный дефект первых пальцев. Они несколько атрофичны, имеются рубцы после перенесенной операции по поводу полидактилии.

Лимфатические узлы не увеличены. В легких изменений нет. Границы сердца слегка расширены влево. В сердце систолический шум. Шум «волчка» на шейных сосудах. Печень и селезенка не увеличены.

В крови определяется панцитопения: Э. 1 060 000, Л. 1850, тромбоцитов 25000, ретикулоцитов 2%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, РОЭ — 32 мм/час. Гем. — 4 г%, э. — 1%, п. — 2%, с. — 12%, л. — 78%, м. — 7%. Время свертывания крови по Мас-Магро — 14 мин., длительность кровотечения 6 мин.

Костный мозг беден клеточными элементами, мегакариоцитов не найдено. Реакция Кумбса отрицательна.

2. Р., 3 лет 6 мес., родился в срок, весом 3400 г, от 3-й нормальной беремен-



Рентгенограмма кистей Р.

врожденная аномалия — недоразвитие и деформация большого пальца правой кисти (см. рис.). В легких изменений нет. В сердце нежный систолический шум. Печень на 3 см ниже реберной дуги, безболезненная, с острым краем. Пальпируется селезенка. Крипторхизм.

Гем. — 7 г%, Э. 2 130 000, ц. п. — 0,9, Л. 5000, тромбоцитов 141 000, э. — 1%, п. — 2%, с. — 35%, л. — 56%, м. — 6%; ретикулоцитов — 0,9%, РОЭ 35 мм/час. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, время свертывания крови 5 мин., длительность кровотечения