

сивная. С 1952 г. отмечались потливость и общая слабость. В 1955 г. впервые появились сердцебиение и одышка при быстрой ходьбе. За последние месяцы усилилось головокружение и начала нарастать слабость в левой руке. В декабре 1956 г. самочувствие резко ухудшилось. Появились ноющие боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, и она поступила на лечение в нашу клинику.

Больная среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Небольшое увеличение щитовидной железы (II степени) без глазных симптомов. Справа спереди между II и IV ребрами — сеточка расширенных подкожных вен. На левой половине грудной клетки — расширенная сосудистая сеть. Пульсация левых сонной и подключичной артерий слабее, чем правых. Пульс на левой лучевой артерии не определяется. Пульс на правой лучевой артерии — 90 ударов в мин, хорошего наполнения, ритмичный. Пульс на артериях тыла стопы с обеих сторон хороший. Утомление поднятой вверх левой руки наступает через 50 сек, правой — через 1 мин 45 сек. Верхушечный толчок — в V межреберье по левой срединно-ключичной линии, там же и левая граница относительной тупости сердца; правая и верхняя границы сердца в пределах нормы. На верхушке прослушивается систолический шум, небольшой акцент II тона на аорте. В области левой подключичной артерии грубый систолический шум. Артериальное кровяное давление на правой руке — 180/90, на левой — не определяется, на височной артерии справа — 75, слева — 50; на голених — 145/105. Легкие: ослабленное везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Черепно-мозговые нервы в норме. Рефлексы с конечностей оживленные, равномерные. Тремор век. Красный стойкий дермографизм. Легко возбудима, эмоционально неустойчива.

Кровь: Нв — 76%, эр. — 4 850 000, л. — 7000, РОЭ — 30 мин в час; п. — 9%, с. — 51%, л. — 28%, м. — 1%, эоз. — 11%. Моча: удельный вес 1,025, белка нет, осадок без особенностей. Сахар крови — 80 мг%. Креатинин крови — 1,86 мг%. Остаточный азот крови — 35,07 мг%. Холестерин сыворотки — 304,28 мг%. Хлориды — 453 мг%.

Клубочковая фильтрация по эндогенному креатинину — 42,41 мл, канальцевая реабсорбция — 98,63%. Проба Квика — 48,28% нормы. ЭКГ — отклонение электрической оси сердца влево, синусовая аритмия.

Рентгеноскопически: легочная ткань несколько повышена в прозрачности; размеры сердца в пределах нормы, сокращения с несколько пониженной амплитудой, ритмичны; аорта в пределах нормы. На рентгенограмме ребер патологических костных изменений не отмечено.

Глазное дно: границы соска четкие, цвет розовый, артерии извитые.

Данные осциллографии: на левой руке ни разу не были получены осцилляции, линия практически была прямой. На правой руке осцилляции достигали 8 мм, максимальное давление — 145 мм, среднее — 98 мм, минимальное — 85 мм. С обеих нижних конечностей были получены осциллограммы с осцилляционным индексом 3—4 мм при максимальном давлении 145 и минимальном — 105.

Во время пребывания больной в клинике температура тела субфебрильная (максимальная — 37,5°С). Больная получала пенициллин, АКГГ (30 единиц ежедневно — 600 единиц за курс), валидол, атропин, эфедрин и глюкозу. Головные боли, носившие пульсирующий характер, и боли в левой руке исчезли, но осталась слабость в руке. Значительно уменьшились парестезии в левой кисти и кончиках пальцев. На осциллограмме, снятой с левой руки, появились ранее отсутствовавшие небольшие осцилляции (не более 1 мм). Систолический шум в левой надключичной области остался в прежней интенсивности. РОЭ несколько замедлилась, но осталась ускоренной.

Необходимо подчеркнуть, что заболевание в нашем случае появилось в позднем возрасте, что является сравнительной редкостью. Отсутствовали также характерные для этого заболевания изменения со стороны глазного дна.

Поступила 20 декабря 1957 г.

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Искаф. Чур. Н. А. ХАСАНОВА

Из 1-й кафедры рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Наблюдались двое больных с системным обызвествлением всех групп лимфатических узлов, туберкулезной этиологии.

I. Больная В., 10 лет. Поступила на лечение с туберкулезным поражением почек, глаз и специфическим бронхоаденитом.

Кожные покровы бледны, сухи. Лицо одутловатое, веки резко отечны, нередко выраженные общие отеки подкожной клетчатки. Укорочение перкуторного звука справа в межлопаточном пространстве. В легких мелкопузырчатые хрипы, выраженные больше справа сзади. Тоны сердца глухие. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 пальца. Живот мягкий, болезненный. В области пупка прощупываются плотные, мало подвижные, увеличенные до грецкого ореха лимфатические узлы.

На рентгенограмме грудной клетки выявляется инфильтрация лимфатических узлов в корнях легких с частичным обызвествлением и зоной перифокального воспаления. В нижних легочных полях умеренно усилен бронхо-сосудистый рисунок.

На обзорном снимке пояснично-крестцового отдела позвоночного столба определяются множественные обызвествленные лимфатические узлы различной величины, расположенные по обеим сторонам позвоночника и в тазу (рис. 1).

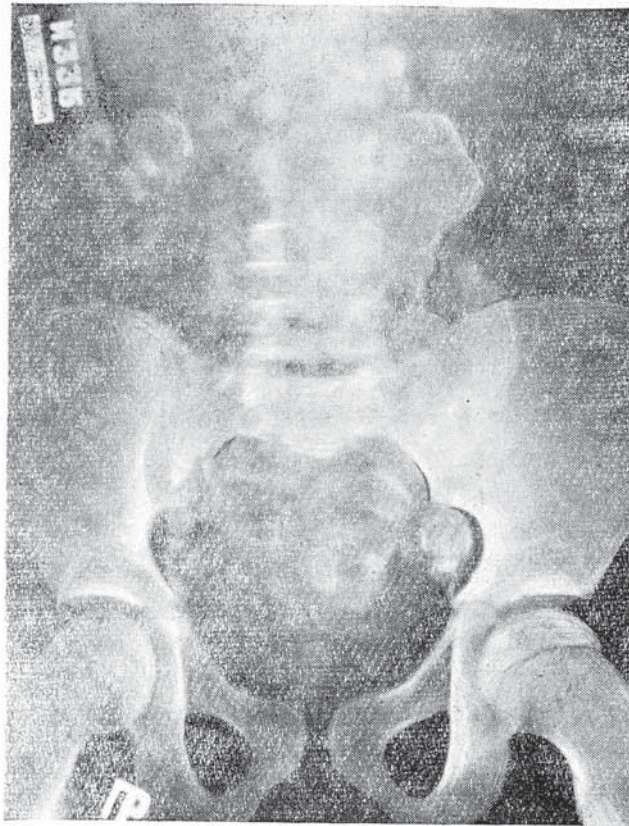


Рис. 1

II. Больная З., 20 лет. Кожные покровы нормальной окраски. Лицо несколько одутловато, слизистые цианотичны. Слева на шее прощупываются плотные, не спаивающиеся между собой и с кожей лимфатические узлы, безболезненные.

Печень и селезенка умеренно увеличены. При глубокой пальпации полости живота отмечаются резкая болезненность вокруг пупка и по ходу толстого кишечника, выраженная больше слева.

При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки обнаружено множественное обызвествление всех групп лимфатических узлов: шейных, парабронхиальных, бифуркационных, грудных, мышечных.

На рентгенограмме нижних грудных и пояснично-крестцовых позвонков наблюдалось множественное обызвествление лимфатических узлов, расположенных по краям позвоночника и в тазу (рис. 2). Через 2 месяца выявилась деструкция 11 и 12 грудных позвонков.

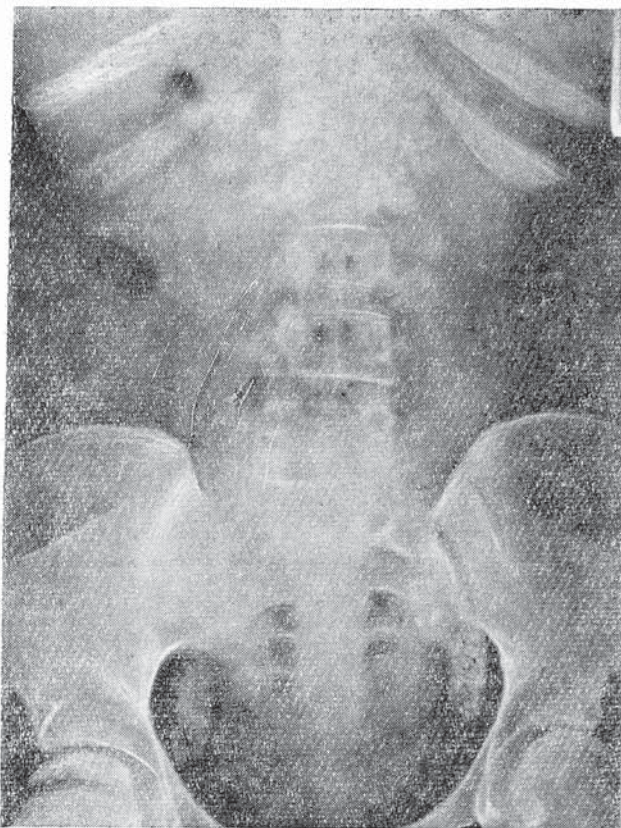


Рис. 2

Как явствует из приведенных примеров, рентгеновский метод позволяет отчетливо изучить не только изменения в лимфатических узлах, но и характер поражения лимфоузла, что особенно ценно по отношению лимфоузлов, расположенных глубоко в тканях и органах человека.

Поступила 7 декабря 1957 г.

СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ СПОРТСМЕНА ВО ВРЕМЯ
СОРЕВНОВАНИЙ¹

Д. И. Ф. Ф.

Асс. С. Х. МУБАРАКШИНА

0,08

83р

Из кафедры судебной медицины (зав. — проф. М. Г. Береза) Казанского медицинского института

Спонтанные кровоизлияния в мозг в молодом возрасте сравнительно редки. В литературе имеется две работы по интересующему нас вопросу. М. И. Авдеев наблюдал кровоизлияния в мозг у детей и подростков в возрасте 10, 12 и 16 лет; они возникли в связи с гемангиомами в головном мозге и их разрывом. При этом несомненно значение нервно-психического фактора.

¹ Доложено на заседании Татарского отделения Всесоюзного научного общества судебных медиков и криминалистов в июне 1958 г.