

аритмичное. Живот вздут, печень пальпируется на 3,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул задержан. Отмечается пастозность передней брюшной стенки и стоп.

Несмотря на проведение реанимационных мероприятий, девочка умерла через 40 мин после поступления в стационар при явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности.

Направлена на секцию с диагнозом: острая респираторно-вирусная инфекция, молниеносное течение. Нейротоксикоз. Очаговая пневмония, токсическая форма, ДН₂-3. Инфекционно-аллергический миокардит, Н₂Б. Пиелонефрит?

Патологоанатомический диагноз: системный васкулит — узелковый периартериит с преимущественным поражением сосудов почек, сердца, кишечника, головного мозга, осложнившийся множественными ишемическими инфарктами в указанных органах. Макроскопически отмечены патологические изменения в сердце, кишечнике и почках в виде набухания, тусклости и гиперемии эндокарда в полости левого желудочка и аортальных клапанов, гиперемии и шероховатости участка слизистой оболочки подвздошной кишки, наличия очагов кровоизлияния и деструкции в корковом слое почек.

Гистологически установлено генерализованное поражение сосудов среднего и мелкого калибра, преимущественно артериального типа, с резким сужением просвета и утолщением стенок во всех внутренних органах. Отмечены очаги фибриноидного некроза, склероза и обильной периваскулярной клеточной реакции, представленной лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами. Наиболее выраженными изменениями были в сердце, почках и кишечнике. В сердце на фоне дистрофии мышечных волокон имелись очаги фибропластического эндокардита и продуктивного интерстициального миокардита, продуктивного васкулита атриовентрикулярного и аортального клапанов. В почках, кишечнике, поджелудочной железе, головном мозге — множественные ишемические инфаркты с геморрагиями, явления продуктивного артериита с пролиферацией интимы и сужением просвета сосудов.

Приведенное наблюдение демонстрирует остроту развития и молниеносность течения узелкового периартериита у ребенка второго года жизни. Полиморфизм и нетипичность клинических проявлений представляли трудности для своевременной прижизненной диагностики и назначения патогенетически обоснованного лечения.

Клинико-морфологическая картина данного случая характерна для более редкого варианта — узелкового периартериита с преимущественным поражением внутренних органов, без симптомов поражения периферических сосудов. Патогенетически развитие заболевания можно трактовать как гиперергическую реакцию организма с аллергически измененной реактивностью под влиянием частых инфекционных (вирусных) заболеваний.

УДК 617.58:616.13—004.6—092:616.839.1

3. З. Алимов, Н. З. Алимова (Казань). К патогенезу облитерирующего эндартериита нижних конечностей

Мы проанализировали данные истории болезни 772 больных облитерирующим эндартериитом нижних конечностей. Собранный материал свидетельствует о том, что в генезе этого заболевания имеет значение как непосредственное, так и рефлекторное воздействие этиологических факторов на пальцы нижних конечностей. Непосредственное воздействие травм, низкой температуры, инфекции, вибрации и большой нагрузки имело место у 533 (69%) больных, а рефлекторное влияние никотина и других нейротоксинов, травм, низкой температуры, артрозо-артритов, остеохондроза позвоночника и иных патологических процессов в топографически отдаленных от пальцев областях и органах, а также нервно-эмоциональных потрясений и психических напряжений — у 239 (31%). У 122 (35,4%) из 345 пациентов эндартериит развился в ближайшие сроки после непосредственного воздействия травм, низкой температуры и инфекций, а у 223 (64,6%) — в сроки от 6 мес до 17 лет после благоприятного разрешения патологического процесса.

Мы провели сравнительное исследование характера и интенсивности вегетососудистых реакций кожи на разных уровнях до и после слабого (допорогового) раздражения топографически отдаленных от конечностей участков симпатической иннервации у 27 здоровых лиц в возрасте от 19 до 52 лет и 32 больных облитерирующим эндартериитом нижних конечностей. Все обследованные были мужчинами в возрасте от 22 до 55 лет.

В качестве слабого раздражителя применяли 0,25% раствор новокаина. Для исследования вегетососудистых реакций кожи на разных уровнях использовали кожную электротермометрию универсальным электротермометром типа ТПЭМ-1. Для этого измеряли температуру симметричных участков кожи лба, груди, живота, рук и ног до периневрального введения раствора новокаина в область окологлобальных симпатических волокон или L₂ симпатического узла и через разные промежутки времени (5, 10, 30, 120 мин и 24—48 ч) после инъекции. Исследование до и после раздражений проводили в идентичных условиях.

Изучение показало, что симпатическая иннервация конечностей здоровых людей на разных уровнях имеет различный порог чувствительности. Гиперреактивные зоны располагаются в пальцах, причем у одних людей в пальцах обеих рук, у других — ног, у третьих — и рук, и ног. В механизме развития облитерирующего эндартерита имеет значение как непосредственное, так и рефлекторное воздействие этиологических факторов на пальцы конечностей. В патогенезе эндартерита наблюдаются доклиническая и клиническая фазы. Доклиническая фаза характеризуется существованием гиперреактивных зон симпатической иннервации с чрезмерно выраженной реактивностью в пальцах конечностей, а клиническая (спастическая, постспастическая и атоническая) фаза сопровождается развитием в них полной ареактивности к слабым раздражениям.

УДК 617.58—005.7—039.73—089.8

И. И. Стрельников (Куйбышев). Отдаленные результаты лечения больных артериальной эмболией конечностей

Мы проследили судьбу 166 больных с артериальной эмболией конечностей в поздней стадии заболевания после консервативного и хирургического лечения в сроки от 6 мес до 10 лет.

Из 166 пациентов после выписки из стационара умерли 44 (26,5%) человека. 30 из них были старше 61 года. Наиболее частыми причинами смерти в отдаленном периоде были острое нарушение мозгового кровообращения (11), инфаркт миокарда (7), прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность на почве пороков сердца (6), повторные эмболии периферических артерий вызвавшие гангрену конечности (7). У 7 человек причина летального исхода не установлена.

Повторные эмболии артерий конечностей выявлены у 7 (15,9%) умерших. От прогрессирующей ишемии конечности на почве прежней эмболии погибли 2 пациента. До выписки из стационара им проводилось консервативное лечение. Среди остальных умерших у 21 (47,7%) функция конечностей была сохранена, у 14 (31,8%) были ишемические изменения, однако имело место только частичное нарушение функции руки или ноги.

Из 122 оставшихся в живых 69 (56,6%) больных жалоб на боли в конечностях не предъявляли. Ишемические явления в конечностях в той или иной мере отмечали 47 (38,5%) лиц. Таким образом, у 95,1% пациентов в отдаленном периоде наблюдения сохранялась функция конечностей.

У 8 пациентов, которым была произведена ампутация конечности еще до выписки из лечебного учреждения, культя находилась в удовлетворительном состоянии, 4 из них пользовались протезами. Еще 3 больных, которым ампутация была выполнена по поводу позднего ретромбоза артерий и прогрессирующей ишемии, также использовали протезы.

Среди 122 пациентов 29 (23,8%) человек были инвалидами в связи с основным заболеванием еще до эмболии артерий конечностей и лечения, 62 (52,8%) работали, 31 (25,4%) находился на пенсии. После возникновения эмболии из 62 трудоспособных пациентов 53 (85,5%) человека сохраняли трудоспособность и только 9 (14,5%) стали инвалидами, из них 8 лечились консервативным методом. В отдаленном периоде у больных сделано 37 операций, после которых умерли 8 (21,6%) человек.

При сравнении отдаленных результатов консервативного и хирургического лечения выявлено, что после медикаментозной терапии у 60,3% больных в той или иной степени сохранялась ишемия конечностей и только у 17 (29,3%) пациентов она была купирована. В то же время после комбинированного лечения 66 (61,1%) из 108 лиц жалоб не предъявляли. У 25 (23,1%) человек, несмотря на умеренные ишемические явления, конечности сохраняли свою функцию.

Следовательно, у больных с артериальной эмболией конечностей в поздней стадии заболевания комбинированное лечение дает более надежный и стойкий эффект в отдаленном периоде.

УДК 616.361—073.788

Р. Х. Тукшаитов, М. Ш. Гатин, И. С. Малков (Казань). Методы повышения качества реовазограмм

На кафедре неотложной хирургии Казанского ГИДУВа реографическим методом проводится исследование системной и регионарной гемодинамики при острых заболеваниях гепато-панкреато-билиарной зоны. Это расширяет диагностические возможности, служит объективным критерием в оценке эффективности лечения. Однако одним из существенных недостатков реографии является ее значительная подверженность артефактам и чувствительность к помехам, что наиболее выражено при использовании биоплярных отведений.

Задачей данного исследования являлось повышение помехоустойчивости сигнала в реографе и улучшение качества регистрируемой реовазограммы.

Известно, что снижение уровня помех достигается в определенной степени за счет выбора оптимальной полосы пропускания реографа, приблизительно от 0,3 до 20 Гц.