

нике заболеваний легких. Дисс., 1955, Казань. — 4. Оленева Т. Н. Пробл. туб. 1946, 4. — 5. Прозоров А. Е. Рентгенодиагностика туберкулеза легких. М.—Л. 1940. — 6. Прозоров А. Е. Вестник рентген. и рад., 1928, т. VI. — 7. Рейнберг С. А. Клини. мед., 1954, 3. — 8. Рубинштейн Г. Р. Плевриты, М., 1939. — 9. Спасокукоцкий С. И. Клини. мед., 1931, т. 24. — 10. Хаспеков Г. Э. В кн.: Вопр. рентген. и рад., М., 1955. — 11. Barsony Th. Röntgenpraxis, 1930, 2, 9. — 12. Fleischner F. Fortschr. Röntg., 1927, B. 36. — 13. Hirsch W. Lungenkrankheiten in Röntgenbild, 1958, B. II, Leipzig. — 14. Kienböck R. Wien. klin. Wschr., 1898. — 15. Lenk R. Wien. klin. Wschr., 1924, 47. — 16. Polgar F. Fortschr. Röntgenstr., 1926, B. 35. — 17. Schmidt W. Beitr. z. Klinik d. Tuberk. 1936, B. 88. — 18. Wachtler F. Rad. Austriaca, 1954, 7. — 19. Zuppinger A. Schinz und and., 1952, B. 3.

Поступила 23 февраля 1960 г.

СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ТАТАРСКОЙ АССР

Л. В. Дановский

2-е терапевтическое отделение (зав. — Л. В. Дановский) Лениногорской городской больницы (главврач — Н. Ш. Хасанов)

Геморрагическая лихорадка — острая инфекционная болезнь с природной очаговостью. Встречается на обширной территории средней и южной полосы Советского Союза от Закарпатья до Дальнего Востока и на юг — до границ с Афганистаном.

Описываем наблюдавшийся нами случай этого заболевания.

Б-ной З., 22 лет, госпитализирован 19/VIII 1960 г. с диагнозом «брюшной тиф». Проживает постоянно в г. Лениногорске, работает в цехе капитального ремонта скважин. Отпуск с 12/VII по 3/VIII проводил в с. Ямаш, Ново-Шешминского района, там же с 14/VII по 16/VII работал в лесу на заготовке дров для дома, с одежды снимал клещей.

Заболел остро 17/VIII. Появились головная боль, озноб, жар, боли в глазных яблоках, общая резкая слабость. Дома, по назначению врача, принимал таблетки норсульфазола, пенициллина, но состояние не улучшалось, температура держалась на высоких цифрах.

При поступлении (3-й день болезни) сознание ясное, больной вял, резко ослаблен, температура 38,8°. Кожные покровы чистые, гипергидроз. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца чистые, пульс соответствует температуре. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Лимфатические железы не увеличены.

В последующие 3 дня состояние ухудшилось, температура держится на высоких цифрах, больной стал беспокоен, не спит, аппетит отсутствует, появились боли в животе.

На 7-й день болезни температура снизилась до нормальных цифр, но состояние остается тяжелым. Больной резко ослаблен, раздражительный. Появились боли в пояснице; рвота принятой пищей и жидкостью. Кожные покровы чистые, на внутренней поверхности слизистой губ, в зеве и на конъюнктиве век мелкоочечные кровоизлияния. Пульс — 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 160/100. Живот мягкий, при пальпации болезненность по всему животу без определенной локализации. Резко положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон. Э. — 5 000 000, Л. — 7200: ю. — 2%, п. — 22%, с. — 50%, л. — 16%, м. — 10%, РОЭ — 1 мм/час.

Анализ мочи: белка — 6,6%, в осадке лейкоциты 1—2, свежие эритроциты покрывают все поле зрения.

На 8 день болезни — на груди справа цепочкой — мелкоочечные геморрагии.

На основании типичной клинической картины поставлен диагноз: геморрагическая лихорадка по типу дальневосточного геморрагического нефрозо-нефрита.

Назначены: физиологический раствор подкожно, глюкоза, аскорбиновая кислота и хлористый кальций внутривенно, капельная клизма с 5% раствором глюкозы до 1000 мл в сутки; пирамидон внутрь, промывание желудка при рвоте 2% раствором соды; кофеин подкожно.

На 9-й день болезни состояние больного несколько лучше, ночью спал спокойно, болей в животе нет, рвота прекратилась. Боли в пояснице держатся, симптом Пастернацкого положительный. Геморрагии на коже и слизистых держатся, новых нет. АД — 130/90. Суточное количество мочи — 200 мл.

На 10-й день болезни жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, временами боли в животе, икота; постоянные ноющие боли в пояснице. АД — 140/90.

Проба по Зимницкому: суточное количество мочи — 215 мл, ночной диурез — 145 мл, дневной диурез — 70 мл. Удельный вес не превышает 1010.

Лечебные назначения те же. Дополнительно сделана поясничная новокаиновая блокада по Вишневскому.

В последующие дни самочувствие больного улучшается. Болей в животе и пояснице нет. Появились аппетит, жажда. Геморрагии на коже и слизистых постепенно исчезают. Симптом Пастернацкого отрицательный. Диурез нарастает.

1/IX (16-й день болезни) самочувствие удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Сон и аппетит хорошие. АД — 120/80.

Нб — 74%. Э. — 4440 000, Л. — 7000: б. — 1%, э. — 1%, ю. — 2%, п. — 6%, с. — 62%, л. — 25%, м. — 3%; РОЭ — 25 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес — 1006. Белка — 0,033‰, в осадке лейкоциты — 3—4, свежие эритроциты — 1—2; плоский эпителий 0—1, почечный эпителий 0—1 в поле зрения.

На 25-й день болезни самочувствие хорошее. АД — 110/70. Л. — 6600; РОЭ — 5 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес — 1010. Белка нет, в осадке лейкоциты 2—3, плоский эпителий 1—2 в поле зрения. Диурез — до 3000 мл в сутки.

Выписан на 39-й день болезни.

Через 1½ месяца после выписки самочувствие хорошее, находится на прежней работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Академия наук Узбекской ССР. Вып. 2. Вопросы краевой патологии. Геморрагическая лихорадка в Узбекистане. Ташкент, 1952. — 2. Башкирев Т. А. Казанский мед. журн., 1958, 6. — 3. Лейкехман Е. П. Клин. мед., 1960, 7. — 4. Смородинцев А. А., Чудаков В. Г., Чурилов А. В. Геморрагический нефрозо-нефрит. М., 1953. — 5. Тареев Е. М. Нефриты. М., 1958. — 6. Чумаков М. П. Крымская геморрагическая лихорадка, Крымиздат, 1946.

Поступила 6 декабря 1960 г.

СЛУЧАЙ БАЗИЛЛЯРНОЙ ИМПРЕССИИ

А. Ю. Ратнер

Клиника нервных болезней (зав. — проф. И. И. Русецкий)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Внимание клиницистов-невропатологов все больше привлекает кранио-цервикальная область, которая незаслуженно находилась ранее «в тени седла и пирамид». Тщательное рентгенологическое исследование в сопоставлении с клиническими данными обнаруживает характерные изменения, которые иногда объясняют неясные церебральные и мозжечковые синдромы, высоко располагающиеся спинальные явления, симулирующие клинически рассеянный склероз, сирингомиелию и т. п.

Среди других патологических образований в кранио-цервикальной области базиллярная импрессия представляет несомненный интерес. Случаи базиллярной импрессии описываются весьма редко. На самом деле это заболевание встречается чаще, чем диагностируется.

Под *impressio basillaris* понимают краниальное углообразное смещение основания задней черепной ямки, особенно передних и боковых отделов области большого затылочного отверстия. Различают врожденную и приобретенную базиллярную импрессию. Чаще всего речь идет о первой, тогда как вторая обнаруживается при остеомалиции, болезни Педжета и т. п.

Клиническое изучение этой своеобразной костной аномалии по существу началось лишь после исчерпывающей работы Шамберлена, опубликованной в 1939 г. В 1953 г. этот вопрос широко осветили Гарцин и Экономо, а в 1959 г. — Фотопулос. В. А. Дьяченко, описывая аномалии развития позвоночника в рентгенологическом освещении, о базиллярной импрессии не упоминает.

Врожденная базиллярная импрессия нередко комбинируется с другими пороками развития — платибазией, ассимиляцией атланта, синдромом Клиппель — Фейля. В большинстве случаев эта аномалия протекает бессимптомно. Первые симптомы болезни чаще всего проявляются в период между 20—30 годами, этому иногда способствует травма головы или профессиональная нагрузка.

Клиническая картина весьма многосимптомна и вариабельна. Фотопулос, в течение многих лет наблюдавший 7 случаев базиллярной импрессии, подчеркивает следующие ее основные признаки. Наиболее постоянным симптомом служит боль в затылке, которая иррадирует в область лба и глазниц, усиливается при движениях головы. Поворот и наклоны головы затруднены, особенно в сторону. При этом, как правило, наблюдаются головокружение, нарушение равновесия, парестезия в конечностях. Довольно постоянным симптомом является нистагм, нередко наблюдается поражение IX, X, XI, XII пар нервов. Почти у всех больных можно обнаружить спи-