

1. Израильсон Р. М. Акуш. и гинек., 1947, 1. — 2. Коневская А. И. и Славин Ю. М. Акуш. и гинек., 1960, 3. — 3. Малиновский М. С. Гинекология, М., 1957. — 4. Рыжков С. В. Акуш. и гинек., 1953, 2. — 5. Савицкая А. К. Акуш. и гинек., 1959, 5. — 6. Фриновский В. С. Там же. — 7. Яковлева О. А. Нов. хир. арх., 1956, 3. — 8. Якимюк Д. И. Хирургия, 1955, 12.

Поступила 23 июля 1960 г.

О НЕОБЫЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Р. Х. Шамсутдинова

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. Н. Н. Яснитский)
Казанского медицинского института на базе Республиканской клинической больницы
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

На стационарном лечении в клинике за последние десять лет находился ряд больных своеобразной локальной формой буллезных дерматозов. Ввиду особого интереса представляем выдержки из историй болезни трех больных.

I. Ч., 73 лет, считает себя больной около года, в течение этого времени неоднократно, но безуспешно лечилась при районной больнице. Находилась на стационарном лечении в кожной клинике Казанского медицинского института с 21/XI-52 г. по 27/IV-53 г. и с 7/IX-53 г. по 7/VI-54 г. с диагнозом «доброкачественная пузырчатка». Отмечает, что ухудшение процесса возникает с наступлением холодного времени года.

Высыпания располагаются на коже волосистой части головы, лица, шеи и на слизистой ротовой полости. На нормальном окружающем фоне имеются пузыри от горошины до грецкого ореха, напряженные, с серозным прозрачным содержимым и розово-красные эрозии до нескольких сантиметров в диаметре, в окружности эрозий — бахромки отслоившегося эпидермиса. Единичные пузыри и эрозии, но меньших размеров — на слизистой твердого неба и щек. Жалуется на сильный зуд на месте высыпаний.

При исследовании внутренних органов рентгенологически установлен рак желудка.

Посев содержимого пузыря, находившегося на шее. На агаре выявлен незначительный рост белого и золотистого стафилококка. В мазках обильное количество кокковых элементов, грамположительных.

При посеве на бульон — помутнение бульона и хлопьевидный осадок. В мазках кокки, расположенные гроздевидно и в одиночку.

Под влиянием гемоподсадов, паравертебральной диатермии, вливаний новарсенола и местной симптоматической терапии в состоянии кожного процесса были периоды временного улучшения. Они чередовались с ухудшениями, причем каждое новое высыпание было связано для больной со страданиями (зуд, боли).

В дальнейшем больная переведена на оперативное лечение в хирургическую клинику по поводу рака желудка, где и скончалась.

II. З., 31 года, поступила 6/IV-54 г. с диагнозом «доброкачественная пузырчатка».

С 15-летнего возраста больная с переменным результатом лечилась как стационарно, так и амбулаторно при районной больнице.

В области плечевого пояса, на фоне нормальной окружающей кожи расположены поверхностные бледно-розовые язвы от 2×4 см до 4×6 см неправильной формы с четкими фестонированными контурами, с серозно-гнойным отделяемым. У больной установлен туберкулез почек.

Кожный процесс под влиянием проводимого лечения (подкожные инъекции 1% раствора мышьяковистого натрия, внутримышечные инъекции витамина В₁, пенициллинотерапия, инъекции стрептомицина и различная местная медикаментозная терапия) резко улучшился; больная выписана по собственному желанию. Свежих высыпаний к моменту выписки не было.

III. П., 6 лет, больна 8 месяцев. Поступила 29/VII-54 г. с диагнозом «герпетический дерматит Дюринга».

На коже волосистой части головы с распространением на прилегающие части шеи, ушных раковин и крыльев носа пузырьки и пузыри до крупной горошины с дряблой покрывкой и серозно-мутным содержимым. Отмечается групповое расположение элементов сыпи. На местах лопнувших пузырьков и пузырей мясо-красные эрозии с венчиком отслоившегося эпидермиса по периферии. Мучительный зуд на местах высыпаний.

При исследовании внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Проводимая терапия (инъекции раствора мышьяка, пенициллинотерапия, жидкость Дорохова — фракция № 2; паравертебральная рентгенотерапия и местная симптома-

тическая терапия) давала переменный успех. Больная выписана со значительным улучшением в картине кожного процесса.

Поступила 18 апреля 1958 г.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ

Доц. М. И. Хургин и Л. А. Айзенберг (Новосибирск)
Атипичные формы инфаркта миокарда

В течение нескольких лет на базе областной больницы, областной поликлиники и 29-й больницы нами наблюдалось 110 больных с инфарктом миокарда.

До 35 лет было 8 больных; до 50 лет — 37 и старше — 73.

Людей умственного труда — 86 и физического — 17. 48 из них страдали гипертонической болезнью — у них инфаркт миокарда протекал тяжелее. Свежий инфаркт миокарда был у 73 больных, из них у 32 — передней стенки и у 41 — задней. Остальные 67 больных поступили с инфарктом миокарда в стадии рубцевания или рубца. Умерло 23 чел. (16,4%), из которых 19 страдали гипертонической болезнью.

У 35 больных до поступления инфаркт не был распознан, причем у 12 больных был свежий инфаркт. Больные направлялись с диагнозами: стенокардия, гипертоническая болезнь, кардиосклероз с явлениями сердечной недостаточности, кровоизлияние в мозг, рак желудка, язва желудка, холецистит, пищевое отравление.

Из 35 у 28 больных трудность в постановке диагноза вызвана атипичностью инфаркта миокарда.

Наибольшее количество атипичных инфарктов миокарда относится к безболевого формы, проявляющейся по типу либо острой сердечной недостаточности (сердечная астма) (8), либо острой сосудистой недостаточности (6), либо появлением мерцательной аритмии (5), пароксизмальной тахикардии (1).

Безболевая форма инфаркта преимущественно наблюдалась у пожилых, страдающих гипертонической болезнью. У этих больных инфаркт миокарда протекал тяжело, часто были осложнения в виде аневризмы сердца; высока была летальность.

У 6 больных наблюдалась абдоминальная форма. Врачам необходимо помнить об атипичных формах инфаркта миокарда с нехарактерной локализацией болей, тщательно учитывать клинические данные и особенно динамические ЭКГ-исследования, что позволит избежать ошибки диагностики, предотвратить иногда ненужное оперативное вмешательство, безусловно ухудшающее состояние больного, иногда приводящее к смерти.

Двое больных с церебральной формой атипичного инфаркта миокарда поступили вначале в нервное отделение.

У 7 больных, поступивших с диагнозом стенокардия, ошибка была допущена из-за недостаточной оценки анамнестических данных. Не придавалось должного значения изучению характера и частоты приступов стенокардии.

Продромальные симптомы инфаркта миокарда — появление приступов стенокардии, быстро нарастающих по частоте и интенсивности, а также присоединение стенокардии покоя к наблюдавшейся до этого стенокардии напряжения (Е. В. Незлин).

У части наших больных (27) были ошибки другого рода, когда ставился диагноз инфаркта миокарда там, где его не было, что было установлено после детального клинического обследования и динамического ЭКГ-исследования, и у больных оказались: вегетоневроз, климакс, сухой левосторонний плеврит, тиреотоксикоз, митральный порок сердца с преобладанием стеноза и другие.

**А. М. Королев (Киров-обл.). Односторонний застой в легких
как дополнительный симптом инфаркта миокарда**

На 32 случая инфаркта миокарда было 8 с явлениями одностороннего застоя в легких, преимущественно справа, с застойными влажными хрипами часто на фоне ослабленного дыхания и притупления перкуторного звука.

У больных с сердечной недостаточностью, если она проявляется преимущественно по левожелудочковому типу, можно наблюдать застой справа и в нижней доле легких.

Явления одностороннего застоя могут быть и у больных с далеко зашедшей гипертонической болезнью, где также наступает левожелудочковая недостаточность.

Появление одностороннего застоя у пожилых больных гипертонической болезнью и коронаросклерозом, у которых заболевание начинается внезапно при относительном