

Побочного действия тетрациклина, и в частности аллергической реакции, ни в одном случае не наблюдалось.

Большинство наших больных ранее длительно лечилось различными средствами; многие из них неоднократно находились на стационарном лечении.

Из 233 излечено 162, что составляет 69,1%, выписаны с трахомой III+ — 72, или 30,9%.

Среди больных III стадией трахомы преобладал контингент больных с минимальной, остаточной инфильтрацией (119). Несмотря на кажущуюся легкость заболевания у этих больных, они при лечении прежними методами часто длительно не поддавались лечению.

В этой группе встречалось немало больных с явлениями реактивного раздражения со стороны конъюнктивы, что зависело от длительного применения различных медикаментозных средств и механотерапии. Методика лечения тетрациклической мазью, исключающая момент механического раздражения, благотворно влияла на течение трахоматозного процесса у этих больных.

Больных с трахомой III+ излечено 88 (74%), с трахомой III 2+ — 42 (61,8%); со значительной инфильтрацией — III 3+ и III 4+ — 21 (61,7%).

Из 162 излеченных больных большинство (131) лечилось не более двух месяцев, 23 больных — от двух до трех месяцев, и только 8 — более трех месяцев.

Следовательно, средняя продолжительность лечения тетрациклином — 1—2 месяца.

Среди излеченных больных преобладал молодой возраст. До 40 лет было 118 больных, более старшего возраста — 14.

Только в группе больных от 17—20-летнего возраста около трети (18) лечились от 2 до 3 месяцев. В основном это были больные с длительным, упорным течением трахомы, с грубыми рубцами, которые ранее систематически лечились различными средствами, многократно лежали в стационарах, подвергались длительной механотерапии.

Из 71 неизлеченного больного 29 лечились менее месяца, так как вынуждены были прекратить лечение по различным семейным обстоятельствам. Отсутствие эффекта у этих больных можно отнести за счет недостаточности срока лечения. У остальных 42 неизлеченных больных была тяжелая форма трахомы с роговичными и другими осложнениями.

Применение для лечения трахомы тетрациклина является перспективным. Кратковременность срока лечения, простота методики, отсутствие длительного механического раздражения — большие преимущества тетрациклина по сравнению с другими противотрахоматозными средствами. Однако для окончательного суждения об эффективности лечения трахомы тетрациклином необходимо изучить отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиева Г. А. Уч. зап. и информ.-метод. материалы, № 5, М., 1957.—
2. Воинова Т. И. Вест. офтальмол., 1957, 5.—3. Воинова Т. И.. Зацепина Н. Д., Мизина А. В. Сов. мед., 1957, 9; Они же. Уч. зап. и информ.-метод. материалы, № 5, М., 1957.—4. Войшвилло Р. Ф. Сб. науч. тр. Башкирского трахоматозного ин-та, Уфа, 1957.—5. Дюдина З. Т. Вестн. офтальмологии, 1957, 6.—6. Зацепина Н. Д. Вест. офтальмол., 1959, 5.—7. Лазарева Е. Н. Уч. зап., М., 1957.—8. Линецкая Е. Э. и Копит Р. З. Офтальмол. журн., 1958, 7.—9. Майчук Ю. Ф. и Данилкова А. И. Сб. раб. клиники глазных болезней им. проф. Л. Ф. Парадоксова, 1959.—10. Пухнер А. Ф. Сб. Антибиотикотерапия трахомы, 1955.—11. Чумаков М. П. Там же.

Поступила 4 апреля 1960 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ДОБАВОЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ДОЛИ НЕПАРНОЙ ВЕНЫ (LOBUS AZYGOS)¹

Acc. A. Я. Логинова

Кафедра рентгенологии и радиологии № 2 (зав. — проф. Д. Е. Гольдштейн)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Возникновение аномалии верхней доли правого легкого обусловлено необычным прохождением непарной вены. В процессе эмбрионального развития непарная вена первоначально располагается в заднем средостении справа от позвоночника, доходит

¹ Доложено в обществе рентгенологов и радиологов ТАССР 13 октября 1960 г.

до уровня IV—V грудного позвонка, здесь перегибается через корень правого легкого и впадает в верхнюю полую вену.

В случаях нарушения нормального эмбриогенеза непарная вена отстает в своем развитии и оказывается расположенной несколько правее позвоночника. В промежуток между ней и позвоночником проникает часть верхушки правого легкого. С течением времени — по мере развития легкого — непарная вена все больше врезается в легочную ткань и отшнуровывает часть ее верхней доли. Ввиду того, что непарная вена непосредственно прилегает к внутренней поверхности ребер, то есть находится кнаружи от париетального листка плевры, она внедряется в легкое вместе с обоими листками плевры. Вследствие этого в образовавшейся междолевой щели фактически оказываются четыре плевральных листка — по висцеральному и париетальному с каждой стороны; внизу же на дне щели проходит дуга непарной вены. Наличием четырех, а не двух, плевральных листков щель эта отличается от всех других междолевых щелей, именно поэтому она более доступна для определения методом рентгенологического исследования.

Соответственно положению вены борозда чаще располагается вертикально или несколько косо, реже она проходит горизонтально.

Добавочная доля непарной вены, по данным Д. С. Линденбрата и Л. Д. Линденбрата, встречается у 0,5—1%, по сведениям Ереванского института рентгенологии — у 0,3%, а по Ф. Ковач и Жебек — у 3—5% всех рентгенологически исследуемых.

Аномалии непарной вены распознаются на передней рентгенограмме, на которой плоскость междолевой щели совпадает с ходом рентгеновых лучей, дающих одновременно изображение и необычно проходящей непарной вены. При этом справа на уровне хрящевой части I или II ребра, а еще чаще — на уровне первого межреберья или III—IV грудных позвонков, обычно по окологрудинной линии, определяется небольшая интенсивная тень в виде вытянутой «капли». Она является отображением поперечного сечения необычно расположенной непарной вены, которая проходит по добавочной междолевой щели сзади наперед. Размеры каплеобразной тени: ширина — 0,4—0,8 см, длина — 0,8—2 см. Каплеобразная тень, постепенно заостряясь кверху, продолжается в нежную линейную тень добавочной междолевой борозды. Эта линейная тень дугообразно изогнута и выпуклостью обращена кнаружи. Тень добавочной междолевой борозды пересекает правое легочное верхушечное поле в наружной или средней трети, тем самым отделяя добавочную долю от верхней доли правого легкого.

Небольшая добавочная доля, даже при отсутствии патологических изменений в ней, может казаться на снимке слегка затемненной. При вращении больного за экраном сначала исчезает изображение добавочной междолевой щели, а затем теряется и каплеобразная тень.

Из патологических процессов описывались наличие выпота в добавочной междолевой щели, туберкулезные очаги и инфильтрат типа первичного комплекса в добавочной доле (К. А. Кандарян). С. А. Гаджиев наблюдал метастаз в области добавочной доли непарной вены.

Прижизненное распознавание аномалии непарной вены стало возможным лишь с помощью рентгенологического исследования.

Практическое значение имеет добавочная доля непарной вены лишь правого легкого, хотя единичные случаи левосторонней добавочной доли непарной вены также описаны, и объясняется эта аномалия транспозицией непарной вены.

Аномалия непарной вены обнаружена нами у 12 человек (5 мужчин и 7 женщин). От 7 до 20 лет было 7 человек, от 30 до 50 лет — 4 и 70 лет — один человек. У всех описываемая аномалия явилась неожиданной, хотя из двух (10 и 14 лет) в одном случае ранее была принята за петрификат и плевральный тяж, а в другом — за увеличенный лимфузел и плевральный тяж. В одном наблюдении нами отмечено умеренное понижение прозрачности небольших размеров добавочной доли, в другом — сочетание добавочной доли непарной вены и загрудинного зоба.

Приводим два наших наблюдения.

И. М., 10 лет, 28/I-59 г. направлена с диагнозом «первичный комплекс в стадии уплотнения».

При рентгенологическом исследовании в первом межреберье справа, на уровне хрящевой части II ребра,

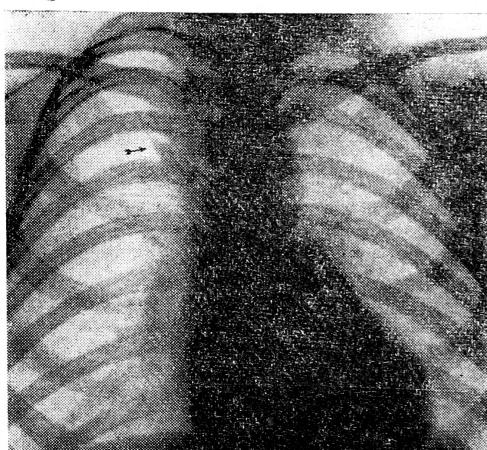


Рис. 1.

по правой окологрудинной линии, определяется небольшая каплеобразная тень величиной $0,5 \times 0,8$ см. Заостряясь по направлению вверх, она постепенно переходит в нежную дугообразно изогнутую линейную тень добавочной междолевой борозды, внутрь от которой располагается добавочная доля. Патологических изменений не обнаружено.

П. Т., 14 лет, 23/I-59 г. направлена с диагнозом «бронхоаденит».

При рентгенологическом исследовании обнаружено усиление сосудистого рисунка корней легких, справа — парамедиастино-диафрагмальная спайка плевры. Справа на уровне хрящевой части III ребра по правой окологрудинной линии определяется каплеобразная тень величиной $1 \times 2,5$ см. Заостряясь вверх, она переходит в нежную линейную тень добавочной междолевой борозды, идущей к наружному отделу верхушечного поля. Усилен сосудистый рисунок добавочной доли.

У этой пациентки нами отмечены большая величина каплеобразной тени и больших размеров добавочная доля. Патологических изменений в легких не найдено.

Следует не забывать о возможности этого варианта развития и не принимать его за патологическое состояние легкого (петрификаты, плевральные тяжи и т. п.).

При рентгеноскопическом определении добавочной легочной доли непарной вены следует, для подтверждения этого, обязательно прибегнуть к многоосевой рентгено-графии.

Наличие добавочной легочной доли непарной вены, хотя оно и не отражается на состоянии здоровья пациента, следует отмечать в протоколе с тем, чтобы и в дальнейшем, в случае возникновения какого-либо патологического состояния, легче было бы правильно истолковывать появившиеся изменения.

ЛИТЕРАТУРА

- Гаджиев С. А. Вестн. хир., 1953, 6.—2. Кандарян К. А. Вестн. рент. и радиол., 1953, 5.—3. Ковач Ф., Жебек З. Рентгеноанатомические основы исследования легких, 1958.—4. Линденбратен Д. С. и Линденбратен Л. Д. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания у детей, 1957.—5. Прозоров А. Е. и Шохат А. Ю. Вопр. туберк., 1929, 10.—6. Помельцов К. В. Вестн. рентген. и радиол., 1959, 6.—7. Фанарджян В. А. Вестн. рентген., 1929, т. 7, в. 3.

Поступила 30 марта 1961 г.

СЛУЧАЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ КОМЫ¹

Я. И. Коц

Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — проф. Р. Г. Межебовский)
Оренбургского медицинского института

При диагностике различных коматозных состояний следует иметь в виду возможность комы вследствие острой надпочечниковой недостаточности, развивающейся в результате частичной или полной деструкции надпочечников при инфекционных заболеваниях, кровоизлияний в надпочечники, тромбоза надпочечниковых сосудов или хирургического вмешательства на надпочечниках. В последние годы, в связи с широким применением кортикоステроидной терапии, угнетающей деятельность надпочечников, стали отмечаться явления острой надпочечниковой недостаточности при внезапной отмене кортизона, гидрокортизона и других кортикостероидных препаратов (Вильямс). Острая надпочечниковая недостаточность может развиться на фоне явно или латентно протекающей хронической недостаточности коры надпочечников. Провоцирующим моментом в таких случаях являются инфекционные заболевания, переутомление, психические травмы. Хроническая же надпочечниковая недостаточность часто своевременно не диагностируется. В таких случаях отсутствие своевременной гормональной терапии ведет к тому, что перечисленные привходящие влияния резко ухудшают течение надпочечниковой недостаточности, до острого ее проявлений включительно.

Правильный диагноз в двух случаях, приводимых С. Г. Вайсбейн, был установлен лишь на вскрытии. Больной, наблюдавшийся А. А. Тетельбаумом, с большим трудом выведенный из состояния комы, поступил в клинику с диагнозом прободной язвы желудка. В случае, описанном Э. Э. Калныньшем и Ю. В. Аншелевичем, у больной аддисонова болезнь заподозрена лишь после тяжелого надпочечникового криза.

Не вызывает сомнений, что все проявления острой надпочечниковой недостаточности обусловлены выпадением «секреторной деятельности» коры надпочечников, что подтверждается блестящими результатами лечения надпочечниковых кризов стероидными гормонами коры надпочечников (Торн).

¹ Демонстрация в Оренбургском терапевтическом обществе 10/XII-59 г.