

Рана зажила первичным натяжением. Стул 2 раза в сутки, полуоформленный. Пациентка выписана 23/IX 1980 г. Через месяц состояние удовлетворительное. Стул 2 раза в сутки, полуоформленный.

Настоящее наблюдение, по нашему мнению, интересно не только в отношении диагностики, — оно демонстрирует возможность нормального функционирования желудочно-кишечного тракта после обширных резекций кишечника у лиц преклонного возраста.

УДК 618.31—073.75

Е. М. Шитова, Т. А. Миронова, А. А. Лозовой (Пермь). Рентгенологический метод в диагностике эктопической беременности

Проведено рентгенологическое обследование 59 женщин с эктопической беременностью. У 44 из них (1-я группа) была трубная беременность в ампулярном отделе, у 8 (2-я группа) — неразвивающаяся беременность в добавочном роге матки (продолжительность беременности от 12 до 20 нед) и у 7 (3-я группа) — брюшная беременность (у 6 — вторичная на сроке от 16 до 24 нед и у 1 — первичная с наличием доношенного мертвого плода, находившегося в подпечечной области). Диагноз брюшной беременности подтвержден путем рентгенологического исследования с использованием фракционной цервикогистеросальпингографии. В качестве контрастных средств применяли йодолипол, уротраст, верографин.

Рентгенологические данные при описываемой патологии имели ряд характерных особенностей. При прервавшейся трубной беременности с большим постоянством определялась маточная труба ретортообразной формы, в ряде случаев в виде мешотчатого образования с нечеткими контурами и неравномерной контрастностью изображения за счет кровоизлияний и имбибиции тканей. Такая картина облегчала постановку диагноза, особенно при «хроническом прерывании беременности» по Л. С. Персианову. На основании результатов цервикогистеросальпингографии можно своевременно решить вопрос о показаниях к оперативному лечению. Не менее важен данный метод в диагностике неразвивающейся беременности в добавочном роге матки. На снимках видна тень почти неизменной полости матки и одной трубы. Рядом с маткой определяется скелет плода. Еще большую значимость указанный метод приобретает при брюшной беременности. На рентгенограмме контрастируется правильная тень значительно увеличенной матки с двумя маточными трубами. Наряду с этим отчетливо определяется скелет, значительно отдаленный от тени матки.

Все женщины прооперированы с благополучным исходом. Рентгенологическая диагностика помогает поставить правильный диагноз и своевременно установить необходимость оперативного вмешательства с целью удаления плода со всеми эмбриональными зачатками. Операция позволяет не только сохранить жизнь женщине, но и предупредить развитие экстремальных состояний.

УДК 613.2—099

М. И. Рашинский (Москва). Влияние плазмозаменителей на кислотно-основное равновесие и электролитный баланс у больных пищевыми токсикоинфекциями

Цель нашей работы состояла в изучении электролитного баланса и показателей кислотно-основного равновесия (КОР) при пищевых токсикоинфекциях (ПТИ) в зависимости от тяжести болезни и в оценке эффективности таких средств инфузионной терапии, как растворы квартасоли, трисоли и последовательное введение квартасоли и гемодеза.

Под наблюдением находился 121 больной в возрасте от 18 до 69 лет. Преобладали гастроэнтеритическая форма (105 больных), у остальных пациентов диагностированы гастритическая и гастроэнтероколитическая формы. Тяжелое течение ПТИ наблюдалось у 27 больных и среднетяжелое — у 94. От 14 больных выделены сальмонеллы 20 практически здоровых лиц.

Заболевание у всех начиналось остро; 86,8% больных поступили в стационар в 1-е сутки болезни. При тяжелом течении вначале отмечались тошнота, боли в животе, затем присоединялись рвота и понос, нарастали признаки обезвоживания и инфекционно-токсического шока, наблюдался цианоз губ и акроцианоз, обморочное состояние, пониженный тургор кожи, гипотермия, судороги. Тоны сердца были глухими, пульс прощупывался с трудом, систолическое АД равнялось в среднем $10,1 \pm 0,7$ кПа, а у 10 больных определить его не представлялось возможным. Дыхание было частым, поверхностным; отмечалось нарушение выделительной функции почек — олиго- и анурия. При среднетяжелом течении болезни выраженность клинических симптомов была меньшей, рвота и жидкий стул до 10—15 раз, потери жидкости с испражнениями и рвотой не превышали 4—6% массы тела.

При тяжелом течении ПТИ отмечались выраженные сдвиги показателей КОР. В капиллярной крови снижались pH, SB, BE ($P < 0,001$), что свидетельствовало о декомпенсированном метаболическом ацидозе. Напряжение углекислого газа также снижалось, что, по-видимому, являлось следствием компенсации и предотвращало дальнейший сдвиг pH в сторону ацидоза. Вместе с тем при индивидуальном анализе отмечено, что у 4 из 27 больных с тяжелым течением ПТИ показатели КОР не отличались от нормы и у 4 определен респираторный алкалоз (pH $7,47 \pm 0,01$, pCO_2 $3,7 \pm 0,1$ кПа, $P < 0,001$), метаболический ацидоз с различной степенью и характером компенсации установлен у 19. У больных с метаболическим ацидозом pH колебался от 7,26 до 7,36 ($7,32 \pm 0,007$, $P < 0,001$), дефицит оснований достигал $-12,5$ ммоль/л, в среднем составляя $-7,28 \pm 0,44$ ммоль/л ($P < 0,001$), pCO_2 соответственно снижалось до 3,5 кПа. Метаболический ацидоз сочетался с гиповолемией и гемоконцентрацией. АД у 10 больных не определялось, пульс был нитевидный, индекс гематокрита $0,54 \pm 0,01$ л/л (норма $0,45 \pm 0,01$ л/л).

При среднетяжелом течении ПТИ установлены более высокие значения pH, SB, BE ($P < 0,01$). Напряжение углекислого газа было снижено. В результате анализа показателей КОР отклонение pH в сторону ацидоза выявлено у 12 из 94 больных, а алкалоз, как правило, респираторного характера — у 49. У больных с алкалозом преобладали явления токсикоза (повышение температуры, слабость, головная боль) при умеренной гемоконцентрации и отсутствии гиповолемии. Ведущая роль в саморегуляции КОР у больных со среднетяжелым течением принадлежит напряжению углекислого газа (pCO_2), которое у 73,6% больных было меньше 5 кПа.

Содержание электролитов также зависело от тяжести течения болезни. Концентрация калия в плазме и эритроцитах при тяжелом течении была ниже, чем при среднетяжелом. Обращали на себя внимание и относительно большие потери калия по сравнению с натрием. Так, при тяжелом течении ПТИ концентрация калия как в плазме, так и в эритроцитах была значительно ниже нормы (в плазме — $3,66 \pm 0,09$ при норме $4,51 \pm 0,06$ ммоль/л, в эритроцитах — $85,37 \pm 1,10$ при норме $93,4 \pm 1,3$ ммоль/л, $P < 0,001$); снижение же содержания натрия в эритроцитах по сравнению с контролем было незначительным.

Сравнение эффективности применения плазмозаменителей проведено нами в 3 группах пациентов, полностью сопоставимых по основным клиническим и физиологическим показателям. Больным 1-й группы (48) был назначен раствор кварцасоли, больным 2-й гр. (37) — раствор трисоли, больным 3-й гр. (36) последовательно вводили кварцасоль и гемодез. Кристаллоиды вливали в объеме 30–100 мл/кг с учетом степени дегидратации со скоростью до 1 мл/кг в минуту. Коллоид вводили более медленно (50 капель в 1 минуту) в объеме 200 мл.

Результаты исследования показали, что вливание кварцасоли дает более выраженный эффект, чем инфузия трисоли, как при среднетяжелом, так и при тяжелом течении болезни. У больных 1-й группы значительно быстрее исчезли цианоз, боли в животе, жидкий стул и слабость, нормализовались пульс и АД. Улучшались реологические свойства крови: уменьшались показатели вязкости (до 3,0–3,5 ед.), гематокрит (до 0,35–0,40 л/л) и относительная плотность плазмы (до 1,020–1,022 г/см³), снижалась до $67,7 \pm 2,6$ г/л концентрация белка в плазме. У всех больных купировались явления метаболического ацидоза и гипокалиемии, а содержание натрия в плазме и эритроцитах не отличалось от контроля ($P > 0,5$).

После вливания трисоли у 29,4% больных сохранился озноб, а почти у половины — гипертермия. У 47% больных продолжались неприятные ощущения в эпигастрии, иногда боли. Меньшая по сравнению с кварцасолью клиническая эффективность трисоли частично была обусловлена сохранявшимся после инфузии дисбалансом электролитов — наличием гипокалиемии в плазме ($4,13 \pm 0,09$ ммоль/л, $P < 0,01$) и эритроцитах ($86,77 \pm 1,59$ ммоль/л, $P < 0,01$) при одновременной гипернатриемии эритроцитов ($29,96 \pm 0,85$ ммоль/л, $P < 0,01$), а также переходом у 37,5% больных метаболического ацидоза в алкалоз в связи с избытком щелочных оснований в растворе.

Особенно резкий сдвиг pH крови в сторону алкалоза отмечен при среднетяжелом течении болезни (pH $7,46 \pm 0,01$) за счет увеличения до $25,61 \pm 0,44$ ммоль/л стандартных бикарбонатов (норма $23,95 \pm 0,19$ ммоль/л, $P < 0,001$) при одновременном сохранении гипокапнии — $4,7 \pm 0,1$ кПа (норма $5,3 \pm 0,1$ кПа, $P < 0,01$).

После инфузии кварцасоли и гемодеза (3-я группа больных) изменения показателей электролитного баланса и КОР не отличались от их динамики у больных 1-й группы ($P > 0,05$), где лечение проводилось одной кварцасолью.

Таким образом, средством выбора может служить комплексный полиионный раствор кварцасоли, адекватно корригирующий нарушения КОР и электролитного баланса.

УДК 616.591—002.4—053.2

В. А. Мичурин (Ульяновск). Токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)

За последние годы в периодической литературе все чаще появляются описания случаев токсического эпидермального некролиза — синдрома Лайелла у детей. Боль-