

в них, доходящий временами до стаза; при длительных воздействиях с кишечника нередко возникали ишемические участки в стенке желудка (Джаксон, 1951).

Есть все основания предполагать возможность аналогичных явлений в тканях поджелудочной железы в случаях рефлекторных воздействий с кишечника, тем более, что Ричинс (Richins, 1953) показал в остром опыте, что растяжение участка тощей кишки вызывает резкое уменьшение кровотока в сосудистом русле поджелудочной железы и ишемию ее тканей.

Рядом отечественных и иностранных авторов установлено, что отклонения в ходе секреции поджелудочного сока вызываются изменениями в сосудистом русле поджелудочной железы, а расстройства кровообращения могут быть существенными в этиологии заболеваний этого органа. Н. И. Лепорский (1951) допускает, что более или менее длительный спазм сосудов может явиться этиологическим моментом для острого панкреатита, и отмечает, что расстройства кровообращения в поджелудочной железе могут возникать вследствие рефлекторных влияний с других пищеварительных органов — желудка, печени, желчевыводящих путей. С этой точки зрения интересен предложенный Лаутербахом (Lauterbach, 1953) метод лечения панкреатита путем внутривенных введений 0,25% раствора новокаина, что вызывает, по мнению автора, временный перерыв путей рефлекторных влияний на железу и нормализацию процесса возбуждения в межоточном мозгу.

Экспериментальные данные показывают, что рефлекторные влияния с кишечника вызывают заметные сдвиги внешней секреции поджелудочной железы. Существенное значение при этом имеют высшие отделы центральной нервной системы, функциональное состояние которых во многом определяет характер и выраженность рефлекторного ответа поджелудочной железы на раздражения, идущие с дистальных отделов пищеварительного тракта. Эти факты свидетельствуют, что нарушения секреторной и моторной функции кишечника, сопровождающиеся застоем содержимого и явлениями метеоризма, могут явиться важным этиологическим моментом для заболеваний поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горшкова С. М. В сб.: Нервно-гуморальные регуляции деятельности пищеварительного аппарата. Под ред. К. М. Быкова, изд. АМН СССР, 1949. — 2. Гудкова Е. А. Тез. докл. конф. ИЭМ АМН СССР по итогам научно-исслед. работы за 1954 г. — 3. Джаксон И. М. В сб.: Нервно-гуморальные регуляции деятельности пищеварительного аппарата. Под ред. К. М. Быкова, изд. АМН СССР, 1949; Бюлл. эксп. биол. и мед. 1951, 6; 1954, 10; Физиол. журн. СССР, 1957, 2. — 4. Лепорский Н. И. Болезни поджелудочной железы. Медгиз, 1951. — 5. Риккль А. В. В сб.: Нервно-гуморальные регуляции в деятельности пищеварительного аппарата. Под ред. К. М. Быкова, изд. АМН СССР, 1949. — 6. Lauterbach A. Klin. Med., 1953. — 7. Richins C. A. Amer. J. Physiol., 1953.

Поступила 20 мая 1958 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

СЛУЧАЙ ЭМБОЛИИ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ, УСПЕШНО ЛЕЧЕННОЙ ПЕЛЕНТАНОМ

Е. И. Тикунова

Из пропедевтической терапевтической клиники (зав.— проф. С. В. Шестаков)
Куйбышевского медицинского института

В настоящее время установлено большое значение антикоагулянтов в лечении тромбозов и эмболий.

Мы считаем нужным сообщить о случае успешного лечения пелентаном эмболии подмышечной артерии.

Б.-ная П., 71 года, поступила 10/V-58 г. с жалобами на ноющие боли в левой руке, усиливающиеся при движении, чувство онемения пальцев и похолодание левой руки, общую слабость, шум в голове, периодические ноющие боли в области сердца и ощущение перебоев, одышку при ходьбе.

На протяжении 20 лет страдает гипертонической болезнью, неоднократно лечилась в стационарах. Два года тому назад стала ощущать непостоянные перебои в сердце. За 4 дня до поступления, при попытке спуститься по лестнице внезапно почувствовала головокружение, онемение пальцев левой руки, сильнее боли в кисти и предплечье, резкую слабость в руке. Боли были настолько интенсивные, что вызвала скорую помощь. Врач ввел промедол и кордиамин.

В день поступления больная была осмотрена хирургом, который поставил диагноз закупорки левой плечевой артерии и направил на стационарное лечение в терапевтическую клинику.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Бледность и легкий цианоз верхней левой конечности, понижение кожной температуры левой руки по сравнению с правой, движения сохранены, но при попытке к движению возникают боли; пульс на лучевой и кубитальной артериях не прощупывается. АД на левой руке не определяется.

Органических изменений нервной системы не установлено.

Границы относительно сердечной тупости расширены влево (на 2 см от левой срединно-ключичной линии), тоны сердца глухие, тахисистолическая форма мерцательной аритмии. Пульс на правой руке напряжен, аритмичный, 110. АД на правой руке — 190/120. Изменений со стороны других органов не обнаружено.

Диагноз: Гипертоническая болезнь с медленно прогрессирующим течением, II стадия, сердечно-мозговой тип. Артеросклеротический миокардиосклероз, мерцательная аритмия. Эмболия левой плечевой артерии.

Приглашенный для консультации проф. С. Л. Либов согласился с диагнозом, но считал, что операция уже не показана.

При исследовании крови и мочи патологии не обнаружено.

Диагноз эмболии плечевой артерии поставлен на основании внезапного начала заболевания и артеросклеротического миокардиосклероза с мерцательной аритмией, нередко вызывающей такое грозное осложнение, как эмболия. По-видимому, у больной с кардиосклерозом, отягощенным мерцательной аритмией, отрыв пристеночного тромба левого предсердия вызвал эмболию левой плечевой артерии.

Кроме гипотензивных средств (резерпин, эуфиллин и папаверин), больная с первого же дня поступления получала антикоагулянт — пелентан под контролем протромбина крови. Он давался в первые дни по 0,15 два раза в день. При такой дозе мы достигали снижения протромбинового индекса. Уровень протромбина был доведен до 25%, а затем удерживался на 30—40%. Мы считаем подобный уровень протромбина наиболее благоприятным для предотвращения дальнейшего тромбообразования, а в некоторых случаях — и расплавления тромба.

В последующем больная получала пелентан по 0,15 три раза в день. При такой дозе протромбиновый индекс был 30—35%.

Лечебный эффект в течение первых дней выражался в уменьшении болей в левой руке, исчезновении онемения.

На 17 день лечения на пораженной конечности появилась слабая пульсация кубитальной артерии, на 21 день возникли отчетливая пульсация кубитальной и слабая — лучевой артерии, определялось и АД. В последующем возникла отчетливая пульсация лучевой и кубитальной, правда, по сравнению с правой, несколько слабее.

Как известно, высказанное Николаевым предположение о расплавлении тромбов от антикоагулянтов не нашло достаточных подтверждений в практике.

Однако, было установлено, что антикоагулянты предупреждают дальнейшее тромбообразование, при этом быстрее проявляются фибринолитические свойства крови, что приводит к ранней реканализации пораженного сосуда (Гейнрих, 1957; Аничков, Волкова, 1958) и восстановлению кровообращения.

Мы считаем, что у больной под влиянием лечения пелентаном произошла реканализация сосуда.

Поступила 23 февраля 1959 г.

К КЛИНИКЕ МНОЖЕСТВЕННОГО МИЕЛОМАТОЗА (БОЛЕЗНЬ РУСТИЦКОГО — КАЛЕРА)

Асс. Е. С. Воробьева и Н. А. Хасанова

Из 1-й терапевтической клиники (зав. — проф. Л. М. Рахлин) и 1-й кафедры рентгенологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Хотя множественный миеломатоз был описан О. А. Рустицким еще в 1873 г., а клиническая картина дополнена Калером в 1887 г., единого представления о его природе до настоящего времени еще нет. А. И. Абрикосов, А. Ф. Коровников, А. Н. Крюков, М. И. Аринкин, Г. А. Алексеев, И. А. Кассирский считают, что миеломатоз является системным заболеванием кроветворной ткани, типа лейкозов, при котором гиперплазия миеломатозных элементов сопровождается появлением гетеротопных очагов в костях и внутренних органах. С. А. Рейнберг, А. А. Опокин и другие относят