

Рис. 1. Эхокардиограмма больной З., 52 лет. II стандартная позиция. Митральный стеноз, мерцательная аритмия.

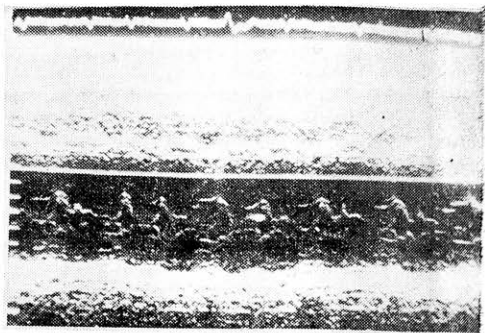


Рис. 2. Эхокардиограмма больного С., 50 лет. II стандартная позиция. Атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия.

ние Длп (4,8 см). У больных с атеросклеротическим кардиосклерозом зафиксированы разнонаправленность движения створок митрального клапана, некоторое снижение  $V_m$  (103,26 мм/с), увеличение Длп (4,6 см). На приведенных фотографиях (рис. 1 и 2) указанные признаки хорошо прослеживаются.

Направление движения створок митрального клапана является качественным дифференциально-диагностическим признаком, а показатель  $V_m$  — количественным критерием, поскольку при митральном пороке сердца он в 4,4 раза ниже ( $P < 0,001$ ), чем при атеросклеротическом кардиосклерозе. При том и другом заболевании выявлено увеличение Длп, но достоверной разницы в размерах левого предсердия не установлено, поэтому этот показатель в дифференциальной диагностике использоваться не может.

Таким образом, с помощью таких эхокардиографических признаков, как направление движения створок митрального клапана и скорость раннего прикрытия передней створки митрального клапана можно успешно проводить дифференциальную диагностику данных заболеваний. Как метод, обеспечивающий высокую точность и скорость исследования, эхокардиография должна найти широкое применение для дифференциальной диагностики заболеваний, осложненных мерцательной аритмией сердца.

УДК 617.7—006—076.5

#### А. Г. Мухин, А. Ф. Корнилова, Л. Ф. Жандарова (Саратов). Опыт цитодиагностики в офтальмоонкологии

С целью диагностики опухолей переднего отрезка, защитного аппарата глаза и заглазничных опухолей, а также для динамического наблюдения за лечением опухолей криогенным методом мы применяли цитологический метод.

Материал брали с помощью модифицированного трепана для пересадки роговицы диаметром 3 мм; использовали метод мазка — отпечатка и соскоба. Все инструменты стерилизовали спиртом и медицинским эфиром. Исследуемый материал фиксировали смесью Никифорова и окрашивали по Романовскому—Гимзе. При эпibuльбарных опухолях перед взятием материала предварительно проводили анестезию 0,5% раствором дикаина. Опухоли защитного аппарата обрабатывали 70% этиловым спиртом.

Цитологические исследования выполняли у 106 больных с опухолями защитного аппарата и ретробульбарными опухолями переднего отрезка глаза. У 30 больных была диагностирована папиллома, у 23 — атерома, у 8 — кожный рог, у 7 — гиперплазия конъюнктивы, у 5 — ретробульбарная опухоль, у 17 — рак кожи век. Диагноз был поставлен на основании типичной клинической картины и подтвержден цитологическим исследованием.

Значение цитологического метода можно подтвердить следующими примерами.

С., 63 лет, находился под наблюдением по поводу паренхиматозного кератита правого глаза. Лечение больного в течение 5 лет было безуспешным. При обследовании в клинике обнаружена следующая картина: утолщение конъюнктивы век и склеры с папилломатозными выростами, искривление хряща, обильная васкуляризация роговицы с признаками дискератоза. Это позволило заподозрить злокачественное новообразование роговицы и конъюнктивы. У больного был взят отпечаток с конъюнктивы склеры и век. Цитологическая картина плоскоклеточного ороговевающего рака. Гистологическое исследование материала, взятого с помощью биопсии, подтвердило поставленный диагноз. Больному проведена близкофокусная рентгенотерапия в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

П., 43 лет, обратилась с жалобами на припухлость, сукровичные выделения из язва на коже нижнего века правого глаза в течение с.дного года. 3 года до этого лечилась амбулаторно по поводу холязиона. При клиническом обследовании обна-

ружено утолщение нижнего века размером 12×6 мм, приподнятое над здоровой тканью на 2,5—3 мм и плотно спаянное с подлежащими тканями. В центре уплотнения находится язва размером 5×2 мм, покрытая геморрагической коркой. Цитологически были выявлены изменения, аналогичные таковым у предыдущего больного. 5 курсов криопексии жидким азотом привели к выздоровлению. При повторном цитологическом исследовании злокачественных клеток в пунктате не обнаружено.

Цитологическое исследование легко выполнимо, дает быстрый ответ, достаточно информативно и может быть рекомендовано для практического применения в офтальмоонкологии.

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.313—001+616.313—002]—089

### ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЯЗЫКА

*И. Г. Ямашев*

*Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов), кафедра хирургической стоматологии (зав.— проф. Ф. С. Хамитов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В последнее время отмечается рост частоты воспалительных заболеваний и травматических повреждений челюстно-лицевой области, которые не только нарушают функцию органа, но иногда угрожают жизни больного и, следовательно, требуют неотложных лечебных мероприятий. Поздние сроки оказания помощи и ошибочная тактика в лечении таких больных могут привести к стойким нарушениям акта жевания, глотания и речи. К сожалению, вопросы лечения воспалительных заболеваний и травматических повреждений языка не нашли должного освещения в литературе. В связи с этим мы решили поделиться опытом их терапии.

Под наблюдением находилось 125 больных (мужчин — 95, женщин — 30), в том числе 23 — в возрасте до 14 лет. Больные были распределены на 2 группы. В 1-ю вошли 83 человека с неспецифическими гнойно-воспалительными заболеваниями, во 2-ю — 42 с травматическими повреждениями языка, протекавшими без выраженных явлений острого воспаления.

Причиной неспецифических гнойно-воспалительных процессов языка были одонтогенная (29), тонзиллогенная и отогенная (18) инфекция; кистозные новообразования (9); травматические повреждения (12), в том числе острыми краями зубов и корней (3), зубными протезами (1), животной и рыбной костью (2), зерном пшеницы (1), кожурой семени подсолнуха (1), спичкой (1), прикусывание (3), а также простудные заболевания (6). У одного больного причиной абсцесса явилось оперативное вмешательство по поводу аденоидов. У 8 больных этиологию гнойно-воспалительного процесса в языке установить не удалось.

Во 2-й группе мы выделили 2 подгруппы: в 1-ю включены 28 больных, у которых повреждения языка возникли в результате однократного, во 2-ю (14) — многократного воздействия травмирующего фактора. Все повреждения были производственного характера. В 1-й подгруппе мы наблюдали за лицами с механическими травмами (15), в том числе в виде укусов (11), резаных (3) или колотых (1) ран, с химическими ожогами (7), в том числе кристаллическим перманганатом калия (4) и нашатырным спиртом (3), термическими повреждениями (1) и огнестрельными ранениями языка (5). Во 2-й подгруппе были больные с декубитальными язвами языка, возникшими в результате длительного травмирования органа острыми краями зубов и корней, а также вследствие применения некачественно изготовленных зубных протезов.

Острые гнойно-воспалительные заболевания языка протекали по типу абсцесса (65) или флегмоны (2). Больные жаловались на лихорадку (до 39—40°), боли в языке, обильное выделение вязкой тягучей слюны, запах изо рта, невнятность речи, иногда на затрудненное дыхание. Клиническая картина зависела как от локализации (кончик, тело, корень, боковая или нижняя поверхность языка) и распространенности, так и от глубины расположения гнойно-воспалительного фокуса. При поверхностном (под слизистой оболочкой) расположении гнойника (43) состояние больных было в основном удовлетворительным, лицо симметричным, открывание рта в полном объеме, язык с беловато-серым налетом. В зависимости от локализации гнойника в том или ином отделе органа пальпаторно обнаруживался резко болезненный инфильтрат, границы которого не всегда четко контурировались, особенно в области корня. Сли-