

Анализ мочи 30/X: уд. вес — 1042; сахар — 6,6%; реакция на ацетон положительная, в осадке лейкоцитов — 1—3 в поле зрения, эритроциты единичные, выщелоченные и свежие, эпителий плоский, 1—3 в поле зрения, ураты в небольшом количестве. Диастаза мочи — 64 ед. Меланин и гемопорфирин — отрицательны. Хлориды мочи — 0,59—0,16 г%. Проба Квика — 37,5%.

Рентгеноскопия 4/XI-57 г. Пищевод не изменен. Складки слизистой утолщены, образуют крупную зубчатость по большой кривизне. Выходной отдел желудка отмечен увеличенной печенью и несколько сдавлен ею. Двенадцатиперстная кишка не изменена. Диафрагма с обеих сторон расположена выше нормы (на уровне IV ребер). Через 24 часа следы бария лишь в слепой и восходящей кишках.

Легкие без изменений. Сердечно-сосудистая тень в пределах нормы.

ЭКГ от 23/XI. Синусовый ритм. Отклонение электрической оси сердца влево PQ — укорочено. Внутрисердечная проводимость нарушена. Замедление и нарушение внутрижелудочковой проводимости по типу внутрижелудочковой блокады. Замедление систолы желудочков и увеличение систолического показателя. Очаговое поражение миокарда.

Б-ной получал инсулин до 70 ед. в сутки, соответствующую диету, аскорбиновую кислоту, липоканн, витамин В₁₂. В связи с повышением температуры назначен пенициллин по 800 000 МЕ в сутки. Асцит нарастал, эвакуировано 10 литров асцитической жидкости (уд. вес — 1009, реакция Ривальта — отрицательная, белок — 1,15%). Лимфоциты — 12—15 в поле зрения, встречаются единичные эндотелиальные клетки, часть их двухрядные с темноокрашенной протоплазмой, посев роста не дал.

В последние дни пребывания в клинике сознание спутано, был бред, сменившийся сопором. 24/XII больной умер.

В данном случае имелась типичная триада гемохроматоза: цирроз печени, аспидно-серая окраска кожи и диабет.

Изменения в центральной нервной системе (спутанное сознание, бред, сменившийся сопором) и одновременное уменьшение размеров печени дали нам основание распознать в качестве осложнения недостаточность печени. В связи с высокой температурой, ознобами, значительными болями в брюшной полости было предположено развитие пилефлебита.

Клинический диагноз: пигментный цирроз печени — гемохроматоз. Осложнения: печеночная кома, пилефлебит, истощение.

Анатомический диагноз. Гемохроматоз. Цирроз печени с ржаво-бурой пигментацией. Буро-ржавая пигментация жирового костного мозга, лимфатических узлов всех областей. Гнойный правосторонний паранефрит. Двухсторонний апостематозный нефрит. Гнойный лептоменингит. Абсцесс в области хвостового ядра правого полушария. Отек вещества головного мозга. Общее истощение. Подострая септикопиемия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г. И. Сов. мед., 1953, 12. — 2. Альтшулер Ю. Л. Клин. мед., 1956, 4. — 3. Даштамянц Г. А. Клин. мед., 1954, 2. — 4. Кучерская К. М. Клин. мед., 1951, 3. — 5. Макарова Л. А. Клин. мед., 1954, 4.

Поступила 24 июня 1959 г.

ХРОНИЧЕСКАЯ РЕТРОКАРДИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ

Канд. мед. наук Н. Ш. Полесицкий

(Ленинград)

За последние годы хроническая пневмония часто привлекала внимание как клиницистов, так и патологоанатомов и рентгенологов, тем не менее вопрос этот нельзя считать исчерпанным. Темой настоящей работы является описание той формы хронической пневмонии у детей, которая вследствие своей локализации за тенью сердца может остаться не распознанной при недостаточном знакомстве с ней лечащего врача.

Первые описания этой формы появились лет 30 назад, тогда замеченные за тенью сердца так называемые «треугольные тени» (Dreieckschatten) старых авторов принимались за тени плевральных шварт, но дальнейшие наблюдения и секции показали истинную природу заболевания, а введение в клинику бронхографии подтвердило, что в большинстве случаев имеется дело с хронической пневмонией с бронхоэктазами.

Начиная с 1946 года, в различных учреждениях Ленинграда мы наблюдали 9 детей с ретрокардиальной хронической пневмонией, причем только в двух случаях диагноз поставлен в поликлинике, в остальных больные направлялись с диагнозами: туберкулезный бронхаденит, туберкулез легких, хронический бронхит, острая пневмония и т. д.

В момент обращения все дети жаловались на кашель с мокротой; у всех наблюдались плохая упитанность, бледность, частые простуды и воспаления легких, начиная с самого раннего возраста. Данные физикального исследования иногда были очень скудными, особенно вне периодов обострения: немного сухих хрипов в левом легком сзади внизу, иногда нежный шум трения; в одном случае мы наблюдали характерные пальцы в виде барабанных палочек.

Решающее значение имело рентгеновское исследование, которое, однако, тоже не всегда сразу приводило к правильному заключению, так как тень хронической пневмонии скрывалась за тенью сердца и выявлялась только при просвечивании или на снимках, произведенных жесткими лучами, или профильных снимках.

Кроме ретрокардиальной тени, выявляются иногда смещение средостения влево и эмфизема непораженных отделов левого легкого, что свидетельствует о поражении (ателектазе) целой доли левого легкого; о том же говорит и резкая линейная граница пораженного участка, не соответствующего границам сегментов. Контрастное исследование выявляет различной формы бронхоэктазы (мешчатые, цилиндрические, смешанные). Расширение бронхов можно на жестких снимках видеть и без введения контраста.

В патогенезе ретрокардиальной хронической пневмонии, по-видимому, играет роль ателектаз нижней доли, или большого участка ее, или особой добавочной доли (паракардиальной). Такому ателектазу благоприятствует то, что у детей главный бронх левого легкого уже, чем правого. Благоприятствует этому и положение нижней доли левого легкого.

Лечение хронической ретрокардиальной пневмонии в периоды обострения обычно симптоматическое с применением антибиотиков. В периодах между вспышками следует настаивать на радикальной операции, так как длительность бронхоэктазов грозит развитием у ребенка амилоидоза. Перед операцией необходимо произвести бронхографию и правого легкого, в котором также может оказаться бронхоэктаз, как это и было у одной из больных.

Приводим краткую выдержку из истории б-ной, которая была под нашим наблюдением 10 лет и была излечена только операцией.

М-ва, 5 лет, направлена по поводу частых простуд с кашлем с диагнозом «туберкулезный бронхаденит». По словам матери, с детства часто страдает пневмонией. Упитанность понижена. Кожа и слизистые бледные, на шее прощупываются мелкие плотные железки. В обоих легких сухие, рассеянные, свистящие хрипы. Мокрота слизисто-гнойная, при многократных исследованиях ВК — РОЭ — 10 мм/час. Реакции Пирке и Манту отрицательные. При рентгеноскопии и рентгенографии жесткими лучами обнаружена ретрокардиальная тень с четкой наружной границей; на всем протяжении тени в вертикальном направлении более светлые тени расширенных бронхов, в верхнем отделе легкое эмфизематозно, средостение смещено влево. В дальнейшем клиническая картина не менялась, хотя девочка жила в хороших условиях. В 1954 г. в клинике проф. Куприянова подверглась лобэктомии нижней доли, которая оказалась цирротически уплотненной с множественными бронхоэктазами. После операции быстро поправилась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кевеш Е. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1952, 2. — 2. Кропачев А. М. Хроническая пневмония у детей. Медгиз, 1956.

Поступила 30 декабря 1958 г.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПОСТВАКЦИННОГО ПРИСТУПА ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

М. Д. Гликиштейн

Из Объединенной железнодорожной больницы ст. Вавилово (нач. — В. Д. Арефьева)
Уфимской железной дороги

Вакциноterapia является наиболее действенным методом терапии бруцеллеза. Чаще всего применяют стандартную поливалентную вакцину. Вопрос об использовании аутовакцин еще не достаточно разработан.

Вакцину вводят различными способами: подкожно, межмышечно, внутривенно, внутрикочно, комбинированно.

Дозировка вакцины зависит от состояния больного, его индивидуальных особенностей, реакции на предыдущее вливание, степени выраженности реакции, способа введения. Поэтому, естественно, дозировка может значительно варьировать.

Согласно работам ряда отечественных исследователей, а также зарубежных авторов, вакцинирование при бруцеллеze основывается на принципе воспроизведения целобной аллергической реакции в сенсibilизированном организме. Эта реакция выра-