

Таким образом, наши данные свидетельствуют о преимуществе резекции желудка по Бильрот-II в модификации И. А. Агеенко и тонкокишечной пластики по Е. И. Захарову. Но гастреоюнопластика технически сложна и дает большой процент непосредственных послеоперационных осложнений. Поэтому при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки вряд ли следует рекомендовать гастреоюнопластику для широкого круга хирургов. Необходимо выработать более строгие показания к ее применению при этом заболевании.

УДК 616—006.441—616.5

КОЖНАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

Р. Ф. Федотова и И. И. Максимова

Кафедра дермато-венерологии (зав.—проф. Я. Д. Печников), кафедра терапии № 1 (зав.—проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Многие болезни органов кроветворения, в частности лейкозы, сопровождаются кожными проявлениями, которые нередко предшествуют изменениям крови, являясь долгое время единственным признаком болезни.

Приводим наше наблюдение.

Р., 52 лет, с 1959 г. страдала кожным зудом и безуспешно лечилась у дерматологов по поводу универсальной хронической экземы, с обострением которой была направлена 6/III 1963 г. на стационарное лечение в кожное отделение. При поступлении у больной была мелкопузырчатая сыпь, мелкие гнойнички, шелушение кожи на пальцах рук, на стопах, под грудными железами, линейные геморрагии на местах расчесов, особенно на лбу, нестерпимый зуд пораженных участков кожи.

Лимфоузлы не увеличены, со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Температура субфебрильная. Л. 3850, п.—3%, с.—44%, э.—5%, м.—14%, л.—34%, РОЭ—11 мм/час. Стационарное лечение в течение месяца эффекта не дало. После выписки больную продолжал беспокоить кожный зуд, вскоре появилась яркая краснота на правой голени, затем на левой. С 6/V 1965 г. краснота стала распространяться на туловище, на коже лица и конечностей появились узлы, лицо распухло, веки закрылись, появились пузыри с прозрачным и гнойным содержимым, временами зуд становился нестерпимым. Иногда были приступы озноба с повышением температуры, нарастала слабость. 8/VII 1965 г. больная вновь была госпитализирована в кожно-венерологическое отделение.

Состояние больной при поступлении тяжелое. Температура 39°, нестерпимый зуд. Кожа лица, ушных раковин, шеи отечна и инфильтрирована, из-за чего больная плохо слышит, не может открыть глаза, рот. Инфильтрация распространяется на волосистую часть головы, на туловище, конечности. Кожа в области инфильтратов блестящая, розовато-желтоватой окраски; на правом предплечье, на тыле левой стопы и голени—эритематозно-синюшная. Инфильтраты плотно-эластической консистенции, границы их нечеткие, местами на них незначительное шелушение, садины, трещины, эрозии. Выявлено множество исходящих из глубоких слоев кожи плотно-эластичных безболезненных розовато-желтоватых или бурых, местами цвета нормальной кожи узлов полушаровидной формы, величиной от чечевички до сливы; поверхность узлов гладкая, на многих из них геморрагические корочки вследствие расчесов; по словам больной, узлы являются источником зуда. Инфильтрация и узлы создают впечатление львиного лица. Отмечается гиперкератоз стоп, ладоней. Волосы в области подмышечных впадин, на лобке, бровях, ресницы выпали. Ногти дистрофичны. Подчелюстные, подмышечные, паховые, бедренные лимфоузлы величиной с грецкий орех, безболезненные, не спаянные между собой, с кожей и подлежащими тканями. Пальпируется край печени, селезенка не прощупывается из-за инфильтрации кожи в области живота. В соскобах со слизистой носовой перегородки, скарификатов, с инфильтратов на лбу, в пункте из лимфоузла и в гистологических препаратах из биопсированного кожного узла палочки лепры не обнаружены.

9/VII 1965 г. Л.—70 400, с.—17%, э.—2%, м.—2%, л.—81%. Гем.—12 г%, Э.—2 820 000.

В последующие дни общее состояние больной оставалось прежним, в крови нарастал лейкоцитоз (102 700), развивалась анемия (Э.—810 000). В мазке крови большие скопления лимфоцитов, клетки Гумпрехта—Боткина.

16/VII 1965 г. Л.—102 700, метамеллоцитов—0,5%, п.—5%, с.—10%, м.—1%, л.—82,5%, клетки Гумпрехта—Боткина—1—2—3 в поле зрения, микроанизоцитоз ++, оксифильных нормобластов—1:200. При исследовании периферической крови методом лейкоконцентрации обнаружены пролимфоциты, лимфообласты.

Гистологическое исследование кожного узла с наружной поверхности правого плеча. Эпидермис без изменений. Соединительная ткань и подкожная клетчатка содержат обильные клеточные элементы, то диффузно, то очагово. Клетки инфильтратов состоят в основном из недифференцированных элементов, встречаются лимфобласты, зрелые лимфоциты.

Диагноз: хронический лимфолейкоз. Из-за инфицирования кожных покровов диагноз изучением картины костного мозга не подтвержден. Лечение антибиотиками и преднизолоном улучшило состояние больной. Уменьшился зуд, температура снизилась до субфебрильной. Больная в удовлетворительном состоянии переведена для дальнейшего лечения в терапевтическое отделение.

УДК 616.24—616.12—008.331.1

ОБ ОБРАТИМОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Н. И. Чернышева и А. Л. Мальцева

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— проф. К. Г. Никулин) Горьковского
медицинского института*

Согласно литературным данным, в основе хронического легочного сердца лежит гипертензия малого круга кровообращения. Одним из косвенных путей диагностики легочной гипертензии является изменение фазовой структуры сердечного цикла в ответ на повышение давления в малом круге.

Наблюдение за динамикой фазовой структуры сердечного цикла в ходе комплексного лечения больных даст возможность установить изменения характера реакции сердца и тем самым хотя бы приблизительно подойти к решению вопроса о критериях обратимости легочной гипертензии.

Мы изучали фазовую структуру сердечного цикла у 58 мужчин и 32 женщин с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Нормальные показатели фазовой структуры сердечного цикла показаны в табл. 1.

Таблица 1

Число обсле- дован- ных	Статис- тиче- ский показа- тель	Длительность фаз систолы, сек.								
		A _s	I _c	T	E	S _m	S ₀	ВСП	ИНМ	ИБ
63	М ±m	0,051	0,036	0,088	0,260	0,295	0,348	87,35	24,98	3,43
		0,0013	0,0013	0,0017	0,0026	0,0032	0,0031	0,494	0,425	0,077

У 53 больных исследования проведены и после курса комплексного лечения противовоспалительными, бронхолитическими, сердечными средствами, кислородом, гормонами.

Все больные по клиническим данным и вентиляционным показателям разделены на 3 группы.

В 1-ю гр. включены больные с легочной недостаточностью I ст., во 2-ю — с легочной недостаточностью II—III ст., в 3-ю — с легочно-сердечной недостаточностью.

Характер фазовой структуры сердечного цикла у больных всех 3 групп до и после лечения представлен в табл. 2, вентиляционные показатели — в табл. 3.

После курса комплексной терапии только в первой группе больных были однонаправленные и статистически достоверные сдвиги фазовой структуры, заключающиеся в укорочении фазы изометрического сокращения (I_c) и удлинении фазы изгнания (E) с одновременным нарастанием внутрисистолического показателя (ВСП) и увеличении индекса Блюмбергера (ИБ). У всех больных этой группы отмечалось клиническое улучшение: стихание воспалительного процесса, прекращение приступов удушья, улучшение вентиляционных показателей, уменьшение бронхиального сопротивления.

Во 2-й гр. больных сдвиги после лечения оказались менее выраженными и не были однозначными. По средним данным фаза I_c, до лечения удлиненная, после