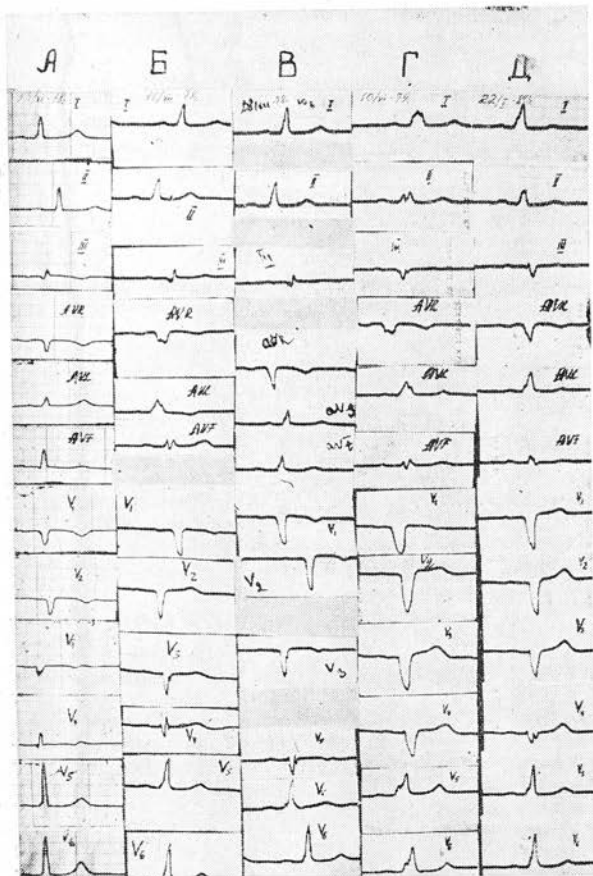




Электрокардиограммы больной X.

пучка Гиса: $PQ = 0,17$ с, $QRS_{I, III, AVR, AVL, AVF, V1-6} = 0,13$ с.

Д.—ЭКГ от 22/І 1980 г. В 12 отведениях синдром WPW без укорочения PQ с периодически меняющейся продолжительностью QRS: $PQ_1 = 0,17$ с, $QRS_1 = 0,12$ с, $QRS_{V3} = 0,07$ с.

Приведенное наблюдение подтверждает сложность механизмов, которые лежат в основе нарушений проводимости при синдроме WPW.

УДК 616.61:616.151.5

Н. В. Сократов, Г. В. Башков, Т. И. Климкина, Р. С. Аширов, В. В. Бондарь (Саранск). Показатели тромбоэластографии при некоторых заболеваниях почек

Исследованы показатели тромбоэластограммы (ТЭГ) 89 больных. У 26 из них был пиелонефрит, у 6 — геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), Показатели тромбоэластографии при некоторых заболеваниях почек

Показатели ТЭГ	Контроль	Пиелонефрит	ГЛПС	Острый нефрит	Хронический гломерулонефрит
г	327,2	408,1	273,2	290,7	608,1
К	318,6	383,6	490,1	378,1	385,5
г+К	719,6	758,1	719,3*	661,8	993,6
$\frac{г}{К}$	1,22	1,07*	0,74	0,87	1,09*
т	32,9	25,9	27,8*	23,4	24,9
Т	41,3	38,3	39,8*	35,1	31,2
І	35,5	29,7	35,3*	29,7*	23,2
МА	48,5	48,8*	42,7*	46,8*	46,6*
Е	92,3	95,3*	74,5	87,9*	87,2*

* Изменения статистически незначительны.

настой валерианы, седативные средства, витамины. Отмечена непереносимость хинидина, аймалина, новокаинамида. Приводим пять электрокардиограмм (см. рис.).

А.—13/ІХ 1978 г. Во всех 12 отведениях регистрируется синдром WPW без укорочения PQ с незначительным уширением QRS у основания за счет Δ -волны: $PQ_1 = 0,17$ с, $QRS_1 = 0,07$ с.

Б.—11/ХІ 1978 г. В 12 отведениях фиксируется синдром WPW без укорочения PQ, но с меняющейся внутрисердечной проводимостью: $PQ_1 = 0,17$ с, $PQ_{AVR} = 0,17$ с, $QRS_{I-II, V2-6} = 0,07$ с, $QRS_{AVR, AVL, AVF, V1} = 0,13$ с.

На ЭКГ на фоне синдрома WPW периодически появлялись комплексы, характерные для блокады левой ножки пучка Гиса. Атипичный синдром WPW с преходящей блокадой левой ножки пучка Гиса.

В.—28/ХІІ 1978 г. Во всех 12 отведениях регистрируется атипичный синдром WPW без укорочения PQ: $PQ_1 = 0,17$ с, $QRS_1 = 0,07$ с. По сравнению с ЭКГ от 11/ХІІ 1978 г. отсутствует преходящая блокада левой ножки пучка Гиса.

Г.—10/VI 1979 г. Во всех 12 отведениях синдром WPW без укорочения PQ в сочетании с блокадой левой ножки

у 26 — острый нефрит и у 31 — смешанная форма хронического диффузного гломерулонефрита (см. табл.).

Из приведенных данных видно, что нефропатии сопровождаются замедлением образования протромбиназы и активного тромбина. Более интенсивное формирование протромбиназы обычно сочетается с торможением образования активного тромбина, и наоборот. Следовательно, эти процессы как бы уравновешивают друг друга, а поэтому общая свертываемость крови или остается в пределах нормы, или имеет некоторую тенденцию к ускорению.

УДК 616.36—003.4—089.8

Ш. Х. Ганцев (Уфа). Непаразитарная киста печени

Клиническая картина непаразитарных кист печени отличается бедностью симптоматики и зависит прежде всего от размеров кисты, ее локализации и осложнений. Больные жалуются главным образом на тупые и распирающие боли в правом подреберье, эпигастрии, а также на чувство дискомфорта и увеличение печени и живота.

С диагностической целью в настоящее время применяют радиоизотопное сканирование, ангиографию, реогепаатографию, а также пункционную биопсию печени. Большое значение придается рентгеноконтрастным исследованиям желудочно-кишечного тракта.

При выявлении непаразитарной кисты печени необходимо хирургическое лечение, объем которого зависит от локализации, распространенности процесса и наличия осложнений.

Мы располагаем наблюдением успешного исхода лечения больной с непаразитарной кистой печени.

П., 55 лет, поступила в клинику 13/XII 1973 г. с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту, периодическую рвоту, возникающую после приема пищи, резкую слабость, отсутствие аппетита, увеличение живота. Боли в правом подреберье П. отмечает в течение 15 лет, неоднократно была госпитализирована по поводу хронического холецистита. Живот увеличился в последние 8 мес; постепенно появились тупые и распирающие боли в верхней половине живота.

Положение больной вынужденное — лежа на спине. Телосложение правильное. Упитанность умеренная. Кожа бледная, сухая. Границы сердца увеличены влево, тоны приглушены, ритм правильный. На верхушке выслушивается систолический шум. АД 150/100 мм рт. ст. (20/13 кПа), пульс 78 уд. в 1 мин. слабого наполнения и напряжения. Границы левого легкого в пределах возрастной нормы, правого — на 2 ребра выше нормы. Дыхание слева жестковатое, справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные хрипы. Язык обложен серым налетом. Живот значительно увеличен в объеме за счет опухолевидного образования, асимметричен. Пальпаторно выявляется болезненность в правой половине живота. Опухолевидное образование плотнo-эластической консистенции, занимает почти всю правую половину живота, определить четко его границы не представляется возможным. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон, мочеиспускание свободное. Больная страдает запорами. Температура в течение недели 37,5—38,1°. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости определяется значительных размеров затенение, занимающее почти всю правую половину живота. При рентгеноскопии с помощью контрастной взвеси отмечено смещение желудка кзади и влево. Печеночный угол толстой кишки смещен книзу и располагается на уровне гребня подвздошной кости. Пассаж бария по кишечнику замедлен (10—12 ч).

При анализах крови определялся лейкоцитоз — 15,6 Г/л, увеличенная СОЭ — 61 мм/ч; содержание билирубина составляло 24 ммоль/л: прямого — 5,3 ммоль/л, непрямого — 18,7 ммоль/л.

С предположительным диагнозом опухоли печени больная была 20/XII 1973 г. оперирована (проф. Н. Г. Гатауллин). Средне-срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружено опухолевидное образование, исходящее из левой доли печени, размером 30×25×15 см. Ткань левой доли печени атрофирована. При пункции и электроотсосом удалено более 10 л мутной жидкости со сгустками темно-серого цвета. Через полость основной кисты вскрыто несколько других полостей меньшего размера, причем в некоторых содержался гной, в других — бесцветная жидкость. Сделана атипичная резекция левой доли печени с наложением швов по Оппелю и перитонизацией участка резекции прядью большого сальника. Желчный пузырь содержит много конкрементов различных размеров, стенка желчного пузыря утолщена. Произведена типичная холецистэктомия от дна. Брюшная полость дренирована из отдельного разреза в правом подреберье резиновой трубкой, а также через верхний угол раны. Дренажи подведены в подпеченочное пространство. Раны послойно ушиты.

В послеоперационном периоде наблюдались частичное нагноение раны. Пациентка выписана из клиники на 57-й день после операции.

Гистологическое заключение: многокамерная аденоматозная киста с выраженным воспалительным процессом, дезинтеграцией печеночной ткани, местами пролиферация многоядерных клеток.