

П. И. Юрченко (Казань). Криохирургическое лечение больных хроническим ринитом и хроническим фарингитом

Проведена криотерапия у 117 больных хроническим ринитом (мужчин — 73, женщин — 44) и у 65 — хроническим фарингитом (мужчин — 24, женщин — 41). В группе больных хроническим ринитом у 42 был хронический гипертрофический ринит, у 75 — вазомоторный ринит, причем у 32 — нейровегетативной формы, у 43 — аллергической.

Криовоздействие производили криоапликатором собственной конструкции, охлажденным в жидком азоте (-195°); поддерживали стабильную температуру наконечника апликатора (-65°) в контакте с тканью, что исключало прилипания наконечника к ткани. Рабочая экспозиция — от 45 с до 2 мин. Курс лечения при гипертрофическом рините повторяли 3—4 раза через 3—4 дня, при вазомоторных ринитах — 2—3 раза через 3—4 дня.

Эффективность лечения хронических ринитов составила 95%, при нейровегетативной форме вазомоторного ринита — 61%, при аллергической форме — 34%.

При лечении фарингитов для снятия глоточного рефлекса при криовоздействии слизистой оболочку задней стенки глотки, корня языка смазывали 2—3% раствором дикаина. Чтобы защитить слизистую языка и глотки от замораживания, в рот вводили воронку, а в полость ротоглотки под контролем зрения — криозонд, прижимая наконечник к грануле или боковому валуку. Экспозиция при замораживании криозондом со сменными наконечниками различной формы составляла 30—50 с. Курс лечения — 3—4 сеанса.

Дети переносили криовоздействие легко, в первые два дня чувствовали незначительную боль в горле при глотании. Температура тела оставалась нормальной. При фарингоскопии у детей и взрослых был выражен только отек слизистой оболочки задней стенки глотки; образовавшиеся налеты держались в течение 3—5 дней. Осмотр спустя 2—4 нед после криовоздействия выявил исчезновение субъективных симптомов заболевания, нормализацию слизистой оболочки ротоглотки: уменьшение или исчезновение гиперемии, боковых валуков, отсутствие гранул.

Полученные результаты позволяют рекомендовать криохирургический метод лечения хронических ринитов и хронических фарингитов для широкого внедрения в практику работы отоларингологов, особенно поликлинической сети.

УДК 616.14—002.151—076:617.711

В. М. Сухов (Куйбышев). Биомикроскопия бульбарной конъюнктивы у больных геморрагическим васкулитом

Проведена биомикроскопия бульбарной конъюнктивы у больных геморрагическим васкулитом. Под наблюдением находилось 86 больных (мужчин — 44, женщин — 42). В возрасте 18—44 лет было 53 человека, 45—59 — 30 и старше 60 — 3.

В зависимости от выраженности геморрагического васкулита были выделены 3 группы больных: в 1-ю вошли 38 человек с умеренными проявлениями заболевания (кожные высыпания или кожно-суставной синдром без нарушения функции суставов). Во 2-й группе было 36 пациентов с заболеванием средней тяжести (кожно-суставной синдром с нарушением функции суставов и абдоминальный). К 3-й группе отнесены 12 больных с тяжелыми проявлениями геморрагического васкулита (непрерывно-рецидивирующее течение, полисиндромность, дисфункция почек, геморрагическая энцефалопатия, желудочно-кишечные кровотечения; у одного больного был инфаркт миокарда).

При нарастании тяжести клинических проявлений заболевания отмечено повышение лейкоцитоза и СОЭ, снижение уровня тромбоцитов; увеличение С-РБ, сиаловых кислот, фибриногена.

Результаты биомикроскопии бульбарной конъюнктивы у больных геморрагическим синдромом сравнивали с таковыми у 28 здоровых лиц в возрасте от 18 до 47 лет.

Нарушение сосудистой проницаемости у больных геморрагическим васкулитом по данным биомикроскопии бульбарной конъюнктивы представлены в таблице.

Выраженность нарушений сосудистой проницаемости у больных геморрагическим васкулитом в зависимости от тяжести клинических проявлений заболевания

Группы больных	Норма	Сосудистые нарушения		
		умеренные	средней тяжести	тяжелые
1-я.....	4 (10,5%)	15 (39,5%)	17 (44,7%)	2 (5,3%)
2-я.....	—	3 (8,5%)	17 (47,2%)	16 (44,3%)
3-я.....	—	—	3 (25%)	9 (75%)

Различия частоты признаков оказались статистически достоверными во всех группах. Обнаружена умеренная положительная коррелятивная связь между тяжестью заболевания и выраженностью нарушения сосудистой проницаемости ($r = 0,46$).

Следовательно, по данным биомикроскопии бульбарной конъюнктивы у больных геморрагическим васкулитом можно судить о тяжести и глубине клинических проявлений.

При стихании клинических признаков заболевания, угасании островоспалительного синдрома непосредственно перед выпиской больных отмечались те же патологические изменения, что и при их поступлении. Можно считать, что полнота ремиссии при геморрагическом васкулите должна определяться по данным конъюнктивальной биомикроскопии как одного из ведущих критериев эффективности лечения. Применение указанного метода необходимо при диспансерном наблюдении больных с геморрагическим васкулитом.

УДК 616.633.587.43

И. Ф. Гильмуллин, А. Ш. Латыпов (Казань). Случай алкаптоурии

Незначительная популяционная частота алкаптоурии — 3—5 на 1 000 000 (Н. П. Бочков и соавт., 1984), аутосомно-рецессивный характер наследования, который часто не дает семейного накопления, позднее развитие клинической симптоматики (после 40 лет) приводят к тому, что практические врачи, редко встречаясь с указанной патологией и не имея указаний на семейный или врожденный характер заболевания, затрудняются в постановке диагноза.

Г., 44 лет, поступила в эндокринологическое отделение Республиканской клинической больницы МЗ ТАССР 27.10.84 г. При обследовании в центральной районной больнице были выявлены клинические и рентгенологические признаки остеохондроза позвоночника на уровне $C_3 - C_7$, деформирующего артроза коленных суставов, по поводу чего больная получала малозффективную терапию в стационаре по месту жительства.

Направлена в Республиканскую клиническую больницу к врачу-невропатологу с подозрением на болезнь Бехтерева. При обследовании и динамическом наблюдении в поликлинике были обнаружены следующие изменения: сглаженность естественных изгибов позвоночника, неподвижность его в поясничном отделе, своеобразные рентгенологические

изменения опорно-двигательного аппарата, проявляющиеся остеопорозом, уплощением межпозвонковых дисков с обызвествлением их в поясничном отделе вплоть до блока позвонков $T_{12} - L_1$, обызвествлением передней продольной связки и хрящевых телов ребер (см. рис.).

В ходе обследования была осмотрена ЛОР-специалистом, невропатологом, гинекологом, ортопедом, кардиологом, однако окончательный диагноз не был установлен. С подозрением на гиперпаратиреоз была госпитализирована в эндокринологическое отделение.

Жалобы на слабость, боли и ограничение движений в суставах верхних и нижних конечностей, шейном и поясничном отделах позвоночника.

Из анамнеза жизни: родилась и развивалась нормально, окончила 3 класса общеобразовательной школы, в настоящее время не работает, замужем, имеет двоих детей. Отмечается некоторое отставание в психическом развитии — словарный запас обеднен, испытывает трудности при построении фраз.

Объективно: рост — 151 см, масса тела — 49 кг.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, по женскому типу. Отмечается ограничение движений, наиболее выраженное в плечевых суставах и незначительное — в коленных, локтевых суставах, поясничном отделе позвоночника. При аускультации: тоны сердца ритмичные; шумов не выслушивается; размеры — в пределах нормы; над легкими — перкуторно звук легочной, дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный; печень, селезенка и почки в размерах не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Лабораторные показатели: $Hb - 2,2$ ммоль/л, $л. - 6,4 \cdot 10^9$ в 1 л; $СОЭ - 4$ мм/ч. Лейкоформула: п. — 3%, с. — 43%, э. — 2%, мон. — 12%, лимф. — 40%. Общий анализ мочи патологических изменений не выявил. Гликемия натощак — 3,98 ммоль/л (ортоглюциновый метод), содержание мочевой кислоты в сыворотке крови — 0,15 ммоль/л (по Мюллеру), активность креатинфосфокиназы — 81,25 Е/л, уровень кальция в крови — 2,4 ммоль/л, фосфатов — 1,2 ммоль/л. Функциональные пробы печени, включая определение уровня общего белка, протеинограммы, содержание билирубина, холестерина, а также данные тимоловой и сулемовой проб, — в пределах нормы.

Отсутствие биохимических изменений, характерных для гиперпаратиреоза или болезни Бехтерева, необычная рентгенологическая картина, длительное наблюдение и неэффективное лечение без окончательного диагноза, системность поражения хрящей и сухожилий с их кальцинозом позволили предположить наследственно-обменный характер заболевания. При уточнении анамнеза были выявлены медленно и неуклонно прогрессирующий характер симптомов, отмечавшееся с детства изменение цвета мочи от обычного до темно-бурого при стоянии на воздухе, отсутствие сходных заболеваний среди родственников. При целенаправленном осмотре обнаружен охронос ушных раковин. Результаты анализов на аномальные метаболиты, проведенных в лаборатории кабинета медицинской генетики больницы, подтвердили гиперэкскрецию гомогентизиновой кислоты и тирозина с мочой.