

И. Б-ной Ш-в, 1939 г. рождения, поступил 26/XI-58 г. с жалобами на затруднение разжимания пальцев рук после сжатия их в кулак, плохое зрение и сильную одышку при быстрой ходьбе и физическом напряжении. Эти явления больной стал замечать около года. Причины заболевания он указать не может, ничем не болел, кроме сезонного катар дыхательных путей. У других членов семьи и близких родственников такого заболевания он не знает.

У наших больных, кроме общеизвестных симптомов, наблюдались: выраженная анизокория, спазм аккомодации, укорочение вибрационной чувствительности в зоне пораженных мышц на 12—18 сек, понижение электровозбудимости мышц до 4 мА.

При незначительном физическом напряжении наступает одышка — поверхностное и учащенное дыхание. Исследование кожной температуры показало, что она в зоне пораженных мышц понижена до 32,2 и даже до 31,5°, при средней норме 33,1—34,2°.

У первого больного в болезненный процесс были вовлечены мышцы верхних и нижних конечностей, у второго миотоническая реакция наблюдалась только в мышцах дистальных отделов верхних конечностей, но зато значительно были вовлечены гладкие и дыхательные мышцы, что обычно раньше в литературе отрицалось. В литературе указывается, что больные, страдающие миотонией, обладают хорошо развитой мускулатурой. У наших же больных была слабо развитая мускулатура. Указанные объективные данные у наших больных и отличают наши наблюдения от обычного описания болезни Томсена в литературе.

Лечение применялось симптоматическое: гидротерапия, особенно четырехкамерные ванны по Шнее и по Гауфе, фарадизация в комплексе с лечебной гимнастикой и массажем, а также медикаментозное лечение — хинин, хлористый кальций, глюкоза с аскорбиновой кислотой, витамин В₁₂.

В результате лечения у наших больных мы получили некоторое улучшение. Больные с болезнью Томсена требуют трудоустройства. Таких больных не следует назначать на работу, связанную с мышечным напряжением; целесообразнее их использовать на умственной работе — на канцелярской, педагогической, административной, общественной как в городе, так и в условиях колхоза и совхоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давиденков С. Н. Наследственные болезни нервной системы, Харьков, 1925. — 2. Зинченко А. П. Неврол. и псих. 1958, 2. — 3. Кожевников А. Неврол. вестник, 1913, вып. 3.

Поступила 28 апреля 1959 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Ж. Ж. Рапорт (Ленинград). О содержании антистрептокиназы в крови детей при острой ревматической атаке

Изучался титр антистрептокиназы у детей при острой ревматической атаке.

С первой атакой было 56 человек, из них без поражения сердца 26; с рецидивами ревматизма тоже 56, из них без поражения сердца было всего 5.

У больных с острой ревматической атакой титры антистрептокиназы, превышающие норму (100 ед.), найдены в 95,6% случаев.

При наличии поражения сердца титры выше, чем при отсутствии поражения сердца. Больные с рецидивами ревматизма имели более высокие уровни АФЛ, чем при первой атаке.

При типичной острой атаке сыворотки с высоким содержанием АФЛ встречались в несколько раз чаще, чем при клинически менее выраженной атаке.

Гормональное лечение вызывает гораздо большее снижение титров АФЛ, чем обычное.

Выявлен некоторый параллелизм между высокими титрами АФЛ и ускоренной РОЭ, а также между АФЛ и стрептококковым антигеном.

Асп. А. В. Поспелова (Горький). Электрофоретический метод исследования белков сыворотки крови в диагностике латентно протекающего активного ревматизма

При ревматических пороках сердца с нарушением кровообращения в неактивном периоде, по литературным данным, наблюдается небольшое увеличение β - и γ -глобулинов, α_2 -глобулины и фибриноген остаются в пределах нормы. Увеличение α_2 -глобулинов и фибриногена у таких больных является признаком активности ревматического процесса, более надежным, чем РОЭ (А. И. Кассирский и др.).

Исследовано 40 больных в возрасте от 25 до 50 лет (мужчин — 19, женщин — 21). Все они поступили в клинику по поводу ревматических пороков сердца с нарушением кровообращения. Клинические признаки активности ревматизма отсутство-

вали: РОЭ и температура в пределах нормы, выраженных суставных явлений не было.

Исследование крови проводилось в динамике: при поступлении, через 2 и 4 недели в процессе лечения. У 26 больных при поступлении имелось значительное снижение альбуминов, повышение α_2 -глобулинов и фибриногена. Расценив это как признак активности ревматического процесса, больным, наряду с сердечными средствами, мы назначали противоревматическое лечение, и у подавляющего большинства состояние значительно улучшилось.

В белковом составе крови произошли следующие изменения: у 9 человек (из 26) α_2 -глобулины и фибриноген достигли пределов нормы. Увеличилось содержание альбуминов. Эти больные выписались в удовлетворительном состоянии.

У 17 больных (из 26) α_2 -глобулины и фибриноген, несмотря на противоревматическое лечение, остались повышенными. Двое из них умерли (секция подтвердила активность ревматизма). Остальные выписались с улучшением состояния. Четверо из выписавшихся через 1—2 месяца поступили повторно.

Пользуясь методом электрофореза белков, мы попытались выявить активный латентно протекающий ревматизм у находящихся на диспансерном наблюдении по поводу ревматического порока сердца.

Исследование проводилось весной, когда имелась большая возможность обследования ревматического процесса. Всего исследовано 25 человек в возрасте от 17 до 45 лет. РОЭ и лейкоцитоз у всех были в пределах нормы. У 23 человек белковый спектр не был изменен. У двух найдено повышение α_1 , α_2 -глобулинов и фибриногена.

Таким образом, наши исследования подтвердили, что метод электрофореза белков крови расширяет возможности диагностики латентно протекающего ревматизма и может быть рекомендован в диспансерной работе.

В. А. Дудова (Куйбышев-обл.). Оксигеметрические исследования при хронических неспецифических заболеваниях легких.

Проведены оксигеметрические исследования у 48 больных, из которых 18 были с хронической эмфиземой легких, пневмосклерозом с недостаточностью кровообращения 2 и 3 степени (легочное сердце II). 23 больных страдали диффузным пневмосклерозом токсической этиологии и 7 — бронхиальной астмой. Всего проведено 120 исследований оксигеметром 0—38. У больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких наблюдается значительное недонасыщение артериальной крови кислородом (74—88%), более выраженное у лиц с недостаточностью кровообращения 2—3 степени. Время задержки дыхания понижено (10—20 сек); в большинстве случаев оно находится в зависимости от степени артериальной гипоксемии. Под влиянием физической нагрузки кислородное голодание усиливается и продолжается более длительное время, чем у здоровых лиц. Данные оксигеметрии можно использовать при решении вопросов оценки состояния больного и степени его трудоспособности.

Проф. И. А. Шраер и Л. Л. Шафранский (Винница). Случай реконструкции кисти при первичной хирургической обработке

Более одной трети повреждений человеческого тела падает на кисть и пальцы. Восстановление целостности последних представляет зачастую большие трудности из-за анатомической и функциональной сложности.

С., 13 лет, был доставлен в клинику 16/II-58 г. в тяжелом состоянии. За 4 ч. до поступления в руках у мальчика взорвался запал. При этом получены раны в области обеих кистей и левого бедра.

На рентгеновских снимках обнаружены раздробленные переломы костей левой кисти, лучезапястного сустава и перелом левого бедра без смещения.

После переливания физиологического раствора, одногруппной крови (250 мл) и некоторого улучшения общего состояния приступлено к первичной хирургической обработке под футлярной новокаиновой анестезией.

Сняты повязка с левой кисти и жгут со средней трети левого плеча. Обнаружено обширное разможнение мягких тканей и костей кисти и запястья. Кожа свисает множественными лоскутами вместе с обрывками сухожилий и отслоена к нижней трети предплечья. В ране видны разможенные костные фрагменты вне связи с материнской почвой за счет основных фаланг, пястных костей и костей запястья. Фаланг и пястных костей 2, 3, 4 пальцев нет.

Пястная костьочка I пальца вывернута у своего основания в запястно-пястном суставе и расположена по отношению к предплечью под углом 90°. Пястно-фаланговое сочленение также вскрыто. Пястная кость этого пальца покрыта небольшим количеством мышц, которые разможены и кровоточат. Сохранена только 1/2 основной фаланги, однако и это пястно-фаланговое сочленение также вскрыто. В области мизинца такие же изменения.

На тыльной поверхности 3-го пальца правой кисти поверхностная рана 3×2 см.