настой валерианы, седативные средства, витамины. Отмечена непереносимость хинидина, аймалина, повожканиамида. При водим пять электрокардиограмм (см. рис.).

A. — 13/IX 1978 г. Во всех 12 отведениях регистрируется синдром WPW без укорочения PQ с незначительным уширением QRS у основания за счет А-волн: PQ1 = 0,17 с, QRS1 = 0,07 с.

B. — 11/XI 1978 г. В 12 отведениях фиксируется синдром WPW без укорочения PQ, но с меняющейся внутрижелудочковой проводимостью: PQ1 = 0,17 с, PQAVR = 0,17 с, QRS1-II-III,V2-6 = 0,07 с, QRSAVR, AVL, AVF, V1 = 0,13 с.

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

B. — 28/XII 1978 г. Во всех 12 отведениях регистрируется атипичный синдром WPW без укорочения PQ: PQ1 = 0,17 с, QRS1 = 0,07 с. По сравнению с ЭКГ от 11/XI 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 пучка Гиса.

Д. — ЭКГ от 22/I 1980 г. В 12 отведениях синдром WPW без укорочения PQ с периодически меняющейся продолжительностью QRS: PQ1 = 0,17 с, QRS1 = 0,12 с, QRSV6 = 0,07 с.

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

УДК 616.614.181.6

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

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

Показатели тромбоэластографии при некоторых заболеваниях почат

<table>
<thead>
<tr>
<th>Показатели ТЭГ</th>
<th>Контроль</th>
<th>Пиелонефрит</th>
<th>ГЛПС</th>
<th>Острый нефрит</th>
<th>Хронический геморрагический нефрит</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>r</td>
<td>327,2</td>
<td>408,1</td>
<td>273,2</td>
<td>290,7</td>
<td>608,1</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>318,5</td>
<td>383,6</td>
<td>490,1</td>
<td>378,1</td>
<td>385,5</td>
</tr>
<tr>
<td>r + K</td>
<td>719,6</td>
<td>758,1</td>
<td>719,3*</td>
<td>601,8</td>
<td>993,6</td>
</tr>
<tr>
<td>t</td>
<td>1,22</td>
<td>1,07*</td>
<td>0,74</td>
<td>0,87</td>
<td>1,09*</td>
</tr>
<tr>
<td>T</td>
<td>32,9</td>
<td>25,9</td>
<td>27,8*</td>
<td>23,4</td>
<td>24,9</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>41,8</td>
<td>38,3</td>
<td>39,8*</td>
<td>35,1</td>
<td>31,2</td>
</tr>
<tr>
<td>MA</td>
<td>35,5</td>
<td>29,7</td>
<td>35,3*</td>
<td>29,7*</td>
<td>23,2</td>
</tr>
<tr>
<td>E</td>
<td>48,5</td>
<td>48,8*</td>
<td>42,7*</td>
<td>46,8*</td>
<td>46,6*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>92,3</td>
<td>95,3*</td>
<td>74,5</td>
<td>87,9*</td>
<td>87,2*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Изменения статистически несущественны.
у 26 — острый нефрит и у 31 — смешанная форма хронического диффузного глюмерулонефрита (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—099.3

II. X. Ганцев (Уфа). Непаратарная киста печени

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

С диагностика целью в настоящее время применяют радионуклеотное сканирование, ангиографию, рентгенографию, а также пункционную биопсию печени. Большое значение придают рентгеноконтрастным исследованиям желудочно-кишечного тракта.

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

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

П., 55 лет, поступила в клинику 13/XII 1973 г. с жалобами на боль в правой половине живота, тошноту, периодическую рвоту, возникающую после приема пищи, резкую слабость, отсутствие аппетита, увеличение живота. Боль 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 расширяющие боли в верхней половине живота.

Положение больного вынужденное — лежа на спине. Телосложение правильное. Упитанность умеренная. Кожа бледная, сухая. Границы сердца увеличены влево, тонны прислушены, ритм правильный. На верхушке висит слабый шум.

СА 150/100 мм рт. ст. (20/13 кПа), пульс 78 уд. в 1 мин. Нормального наполнения к желудку. Границы левого легкого в пределах возрастной нормы, правого — на 2 ребра выше нормы. Дыхание слабое жестковатое, спраховое на фоне ослабленного дыхания, выслушиваются влажные хрипы. Язык обложен серым налетом. Живот значительно увеличен в объеме за счет орхеолевального образования, асимметричен. Пальпаторно выявляется болезненность в правой половине живота. Орхеолевальное образование плотноэластической консистенции, занимает почти всю правую половину живота. При рентгеноскопии с помощью контрастной взвеси отмечено смещение желудка влево и вверх. Печеночный угол смещен книзу и располагается на уровне гребня подвздошной кости. Пассаж бариума по пищеводу замечен (10—12 ч).

При анализах крови определялась лейкоцитоз — 15,6 Г/л, увеличение СОЭ — 61 мм/ч; содержание билирубина составляло 24 мкмоль/л, прямого — 5,8 мкмоль/л, непрямого — 18,7 мкмоль/л.

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

В послеоперационном периоде наблюдалось 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 пролиферации многоядерных клеток.

6. «Медицинский журнал» № 9. 65