Идиопатический амилиодоз в отличие от вторичного развивается при отсутствии предшествующей болезни. Клиника его многообразна, определяется поражением тех или иных органов и на протяжении развития болезни весьма изменчива. Все проявления болезни неспецифичны.

В отличие от вторичного амилиодоза при идиопатическом чаще вовлекаются в процесс сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и мочевыводительная системы. Причины диагностика идиопатического амилиодоза трудна ввиду идентификации им многих заболеваний, на практике распознается реже, чем встречается.

Приводим собственное наблюдение.

К. 56 лет, поступил в терапевтическое отделение 6-й городской больницы г. Казани 19.09.85 г. по поводу ишемической болезни сердца. Больной жаловался на давление боли за грудной, усиливающееся при холле, одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, головную боль, отеки голеней.

Болен с января 1985 г., когда впервые появились боли в правом подвздошном бугре. К 14.08.85 г. были впервые проявлены боли и на правой стороне грудной клетки. Давление боли возникает при непродолжительной физической нагрузке, сухой кашель, головная боль, отеки голеней.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела нормальная, лице пасмоно, нос и околоносовые пути без изменений, кожа кистей уплотнена и натянута наподобие склеродермической. Мышцы кистей в области thenor и hyperthenor увеличены в объеме, плотные, безболезненные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отечность на ногах до верхней трети бедер. Над легкими выслушивались жесткое дыхание и сухие хрипы, в нижних отделах были влажные хрипы.

Границы сердца значительно расширены влево до переднекоссиллярной линии. Тонны глухие, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Пульс — 96 уд/м в 1 мин, ритмичный. АД — 140/93 кПа. Печеней плотная, безболезненная, на уровне пупочной линии. Асцит. Почки не пальпировались. Симптом Пастернацкого отрицательный.

При рентгеновском исследовании органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Легочный рисунок корней расширен, умеренно деформирован, уплотнен в 6-7-базальных отделах. Сердце расширено в пощечине за счет левого желудочка, ворота уплотнены.

При фибробруктродуктоскопии — деформация слизистой двенадцатиперстной кишки. Гастроэнтерит.

На ЭКГ — синусовая тахикардия. Диффузно-дистрофические изменения. При эхокардиографическом исследовании выявлена дилатация полостей сердца, сократительная способность миокарда значительно снижена.

При ультразвуковом исследовании печень увеличена, структура ее однородная, протоки и сосуды не расширены. В брюшной полости — уплотнение чашечно-лоханочной системы. Справа умеренный пиелорасширен.

Анализ крови: количество лейкоцитов, лейкоформула, гемоглобин не изменены; СОЭ — 33 мм/ч.

Анализ мочи: отн. пл. — 1,015, протеинурия — 12,6%, белок Бенс-Дженсона — отрицательный, в осадке — единичные эритроциты. Клубочковая фильтрация — 38,9 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 97,9%. Содержание глюкозы крови — 4,0 ммоль/л, фибриногена — 7,6 г/л; общего белка — 69 г/л; альбуминов — 55,4%, ζ2 — 4,6%, ζ2 — 1,9 г/л, ζ2 — 1,54%, ζ2 — 18,6%; концентрация солянных кислот — 255 ед. опт. пл., холестерина — 6,9 ммоль/л, мочевины — 8,5 ммоль/л, креатинина крови — 0,088 ммоль/л, калия плазмы — 4,7 ммоль/л, натрия плазмы — 130 ммоль/л, потери мочевины индекс — 89%, уровень билирубина — 11,97 ммоль/л, АЛТ — 9 ед., АСТ — 11 ед.; тимоловая проба — 60 ед.

Первоначально отечный синдром связывали с сердечной недостаточностью вследствие кардиомиопатии или идиопатического миокардита. В дальнейшем, при динамическом наблюдении за больным, сделано заключение о системности поражения с вовлечением сердца, почек, кожи, печени, и на этом основании было запоздано системное заболевание, в том числе амилиодоз. Проведена биопсия слизистой прямой кишки. Гистологическое исследование образцового отложения амилиода в стенке сосудов.

Клинический диагноз: идиопатический генерализованный амилиодоз с поражением сердца, почек, кожи, мышц, печени.

Под влиянием комплексной терапии дегидратации, анаболическими и белковыми препаратами (альбумин, натриевая плазма), сердечными гликозидалами, диуретиками состояние больного в течение месяца несколько улучшились: уменьшились периферические отеки, одышка.

Больной был выпущен на амбулаторное лечение, однако за 2 месяца поступил в клинику в крайне тяжелом состоянии и умер от нарастания сердечно-сосудистой недостаточности. На секции был обнаружен генерализованный амилиодоз. На рисунке приведена гистологическая картина отложения амилиода в мышце сердца.

Отложение амилиода в миокарде. Окраска коппом красным. ×600.

УДК 618.14-007.251

И. Ф. Фаткулин, А. Т. Ершов, Е. С. Диас
(Казань: Униж, Ангола). Три случая старого разрыва матки

Как известно, разрывы матки являются серьезнейшей акушерской патологией; без своевременной хирургической помощи они как правило, 453
ласс инфузионную, антибактериальную и витаминотерапию. Абдоминальный дренаж был удален на 6-й день. Влагалищный дренаж перестал функционировать и был изъят на 20-й день. При зондировании полость не определялась. На 27-й день после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Л., 18 лет, негритянка, жительница сельской местности. Поступила в родильное отделение 04.12.1985 г. с жалобами на боль в животе в течение 3 мес. Считает себя беременной на сроке 10 мес. Беременность первая. Из анамнеза установлено, что на сроке беременности 7 мес упала на живот, имелся на спине большой груз. Появились сильные боли. Живот до падения был очень большой. После травмы значительно уменьшилась в объеме, стал напряженным и болезненным. Кроме продолжительного кровотечения из влагалища. Шевеление плода прекратилось. В течение 2 мес находилась на лечении в госпитале муниципального Кимбела (госпиталь не имеет врачей). Выписана без существенного улучшения. Отмечалось резкое похудание и упадок сил.

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное. Сильно истощена. Масса тела 36 кг. Рост — 145 см. Выдимые слипшиеся бледные. Скелет экстеменные. Кожа сухая, морщинистая, тургор резко снижен. Пульс — 120 уд. в 1 мин, ритмичный. АД — 16,0/9,3 кПа. Аксилярная температура — 37,2°.

Живот увеличен за счет плотного болезненно-го образования, верхний полюс которого находится на середине расстояния между мечевидным отростком и пупком, а нижний — в области малого таза. Пальпируются части плода. Сердечебение плода не выслушивается.

Размеры таза: 19 — 23—24,5 см. Наружная конъюнктура — 19 см.

Влагалище узкое и короткое, стенки склерозированы. Шейка матки укорочена до 2 см, плотная. Цервикальный канал расширен до 2 см. Предлежание часть плода не определяется. В момент исследования из маточного зева выделились 4 струи, напоминающие истечения фаллопиев. Влагалищные своды сглажены, пальпируются болезненные инфильтраты без четких границ. Выделения гнойно-некротические, с запахом. Диагноз: гнойно-некротический абсцесс. Терапия: антибиотики

Анализ крови: Нб — 0,8 ммоль/л, СОЭ — 20 мм/ч, лейкоцитов — 12,0 - 10³/л.

выпивки: Нв — 2 ммоль/л, СОЭ — 2 мм/ч, лейкоцитов — 7,2·10⁸/л.

E. N., 30 лет, негритянка, жительница сельской местности. Поступила в родильное отделение 10.12.1985 г. с жалобами на постоянные боли по всему животу, похудание и упадок сил. Считает себя беременной на сроке 10,5 мес. При беременности 9 мес были родовые боли и сильное кровотечение из влагалища, которое продолжалось в течение недели. Шевеление плода прекратилось. 5 дней тому назад появились обильные гнойные выделения из влагалища.


Живот умеренно увеличен в объеме. Через переднюю брюшную стенку пальпируются довольно плотное образование, находящееся в полости маточного таза, и части плода в нем. Средняя обнаружение плода не выявляется. Размеры таза: 23—18—25 см. Наружная конъюнктура — 18 см.

Влагалище утолщенное, короткое. Шейка матки маленькая, плотная. Сворачиваются, определяются близлежащие инфильтраты, достигающие стенок таза. Мыс достигает длину конъюнктуры — 9 см. C. вега — 7,5 см. Выделения гнойно-некротические, обильные, с запахом.

Анализ крови: Нв — 0,9 ммоль/л, СОЭ — 4 мм/ч, лейкоцитов — 2,9·10⁹/л.

Проведена проба с окситоцином, которая оказалась отрицательной. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в 2 проекциях тени черепа и скелета плода, расположенные беспорядочно.

Диагноз: старый разрыв матки, внутриутробная гибель плода. Указанные аномалии. Кожа. В течение недели проводилась предоперационная подготовка. После консультации лапаротомии с выступлением старого рубца обнаружено оскудованное плодовременище. В нем находились разлагающийся плод и большое количество гнойно-некротических масс. Плодовременище наглухо изолировано от брюшной полости. Матка, придатки, плацента и пузырько не обнаружены. Нижний полюс плодовременище сообщался с влагалищем. Содержимое удалено. Полнота дренирована.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная длительное время находилась в стационаре под наблюдением. Выписана на 56-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, нам довелось наблюдать и лечить трех женщин, рожавших после разрыва матки довольно длительное время. Бессспорно, мы встретились с явлением довольно уникальным, свидетельствующим об огромных возможностях человеческого организма в борьбе за жизнь. Существенно, что 2 из 3 женщин до госпитализации не получали медицинской помощи, а третья находилась в местном госпитале (без врачей), о проведении лечения сведений нет.

В литературе последних лет мы не встретили описания аналогичных случаев, однако известно, что в прошлом применялись методы консервативного ведения больных с разрывами матки при условии рождения плода. Очевидно, у всех 3 женщин не было опасного для жизни кровотечения, причем у двух разрыв произошел по старо-ру рубцу, что во многом предопределило благоприятный исход. Данные лапаротомии свидетельствовали, что у всех 3 больных был перитонит. Впоследствии произошло ограничение процесса. В результате макерированного плод и послабились изолированными от органов брюшной полости, подвергались некрозу и гнойно-му распавлению. Благоприятным фактором явилось также наличие оттока для гнойно-некротических масс через влагалище. Макроскопическую анализы картину мы наблюдали во всех трех случаях. В зависимости от давности разрыва варировали только толщина стенок плодовременища и степень разложения плода. Матку и придатки отдельно выделить не удалось. К сожалению, провести гистологическое и следование не удалось возможно.

ЛЕКЦИЯ

УДК 617—001 + 617.3 : 614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СССР

Заслуженный деятель науки РСФСР и АССР, проф. У. Я. Богданович

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии ( direktor — prof. B. I. Евсеев)

В решениях XXVII съезда КПСС отмечена необходимость усиления мер по профилактике травматизма, который является одной из главных причин временной и трудоспособности, инвалидности и смертности, особенно лиц молодого и наиболее трудоспособного возраста.

Дальнейшее совершенствование травматологической и ортопедической помощи, ее научно обо- снованная и четкая организация имеют особо важное социальное и народнохозяйственное значение.

При организации травматологической помощи населению преследуют следующие задачи: 1) осуществление широких и эффективных профилактических мероприятий; 2) оказание пострадавшим своевременной квалифицированной первой