

Ա. Լ. ՈՒՌԱԿՈՎ, Ա. Պ. ԿՐԱՎՉՈՒԿ, Ի. Ա. ԿՈՒԼԻԿ,
Կ. Վ. ԿՈՆԿՈՎ, Ն. Ա. ԳՈԳԻՆԱ

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ՖԱՐՄԱԿՈԹԵՐՄԻԿ ՄԵԹՈԴԸ

Ա մ փ ն փ ն ի մ

Պարզված է, որ վերքային մակերևույթի ոռոգումը կալիումի քլորիդի հիպերտոնիկ լուծույթով ունի արտահայտված արյունականգ ազդեցություն աղիքային և թիային արյունահոսությունների ժամանակ և պրակտիկորեն չի ազդում պարենխիմատոզ օրգանների արյունահոսությունների ժամանակ հեմոստազի վրա:

A. L. Urakov, A. P. Kravchouk, I. A. Koulik, K. V. Konkov, N. A. Gogina

Pharmacothermic Method of the Arrest of Bleeding

S u m m a r y

It is revealed that the Irrigation of the wound surface with hypertonic solution of potassium chloride has an expressed hemostatic effect in intestinal and nasal bleedings, without having any effect on hemostasis in bleedings of parenchymatous organs.

УДК 616.11—002+616.441—008.64

Г. А. КАЗАРЯН. В. Г. АЗАТЯН, А. Ф. ПОПОВ, А. В. АКОПЯН

СЛУЧАЙ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА
ПРИ МИКСЕДЕМЕ

Диагностика «стертых» форм отечного гипотиреоза—микседемы, протекающего под клинической маской кардиальной патологии, представляет значительные трудности. В литературе описаны единичные случаи развития гидроперикарда при микседеме, которые были диагностированы и купировались консервативной терапией [1—4].

В связи с редкостью подобных случаев и благоприятным лечебным исходом приводим следующее наблюдение: Больная А. З., 30 лет, поступила в отделение хирургии сердца Ереванского филиала ВНЦХ АМН СССР 2/VI-86 г. (И. Б. № 1220) с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, периодически возникающие боли в области сердца, общую слабость, быструю утомляемость, выраженную сухость кожных покровов, отеки конечностей и лица. Вышеуказанные жалобы появились около года назад. Стационарно лечилась в кардиологическом отделении, где был поставлен диагноз: экссудативный перикардит неясной этиологии. Проводимое лечение успеха не имело, поступила в отделение хирургии сердца для оперативного лечения.

При поступлении состояние больной удовлетворительное, правильного телосложения. Кожные покровы бледные, отмечается выражен-

ная сухость их, шелушение. Обращает внимание отечность лица, верхних и нижних конечностей. Органы дыхания без существенных изменений. Сердце: верхушечный толчок не определяется. Границы относительной тупости сердца: правая—на 0,5 см правее края грудины; левая—на 1 см левее средне-ключичной линии; верхняя по 11 м/р слева. При аускультации тоны сердца резко приглушены, ритмичные. Шумов в области сердца нет. Пульс 62 уд в 1 мин, АД—90 и 50 мм рт. ст. Нижняя граница печени пальпируется на 1 см ниже реберной дуги, умеренно болезненная при пальпации.

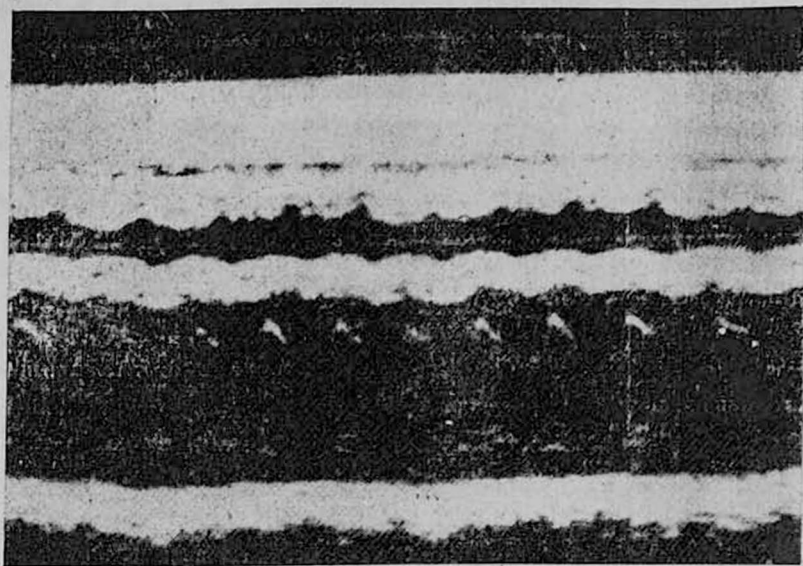


Рис. 1.

При рентгенологическом исследовании сердца отмечается увеличение IV дуги, СЛК—0,56. Аорта без особенностей. Границы сердца расширены в обе стороны. При рентгеноскопии пульсация границ сердца вялая, поверхностная.

На ЭКГ синусовый ритм, 60 уд в 1 мин. Вольтаж резко снижен. Диффузное изменение миокарда желудочков. Уменьшение зубца R, удлинение интервала R—Q, уплощение зубца T. Фонокардиографически регистрируется снижение амплитуды тонов.

На ЭхоКГ увеличение полостей желудочков. Перикард утолщен. Заднее эхосвободное пространство составляет 2,5 см (рис. 1).

Проведенное зондирование полостей сердца не выявило выраженных нарушений внутрисердечной гемодинамики, при контрастной вентрикулографии стенка сердца утолщена за счет экссудата в полости перикарда.

Проведенное лечение полностью подтвердило наличие у больной экссудативного перикардита неясной этиологии. Однако наличие у

выраженной сухости и бледности кожных покровов, отечности лица и конечностей при совершенно нормальном венозном давлении, отсутствие тахикардии и нарушений ритма сердца, нормальные показатели лабораторных методов исследования позволили нам предположить наличие у больной патологии эндокринной системы. Для подтверждения диагноза нами проведено следующее обследование: скенирование и скинтиграфия щитовидной железы, определяли уровень тиреоидных гормонов радиоиммунологическим методом, результаты которых были следующими: отсутствие накопления РФТ пертехната в тиреоидной ткани, уровень общего тироксина составлял 22 нмоль/л (T_4) (норма—62—141 нмоль/л), трийодтиронина 1,0 нмоль/л (норма—1,17—2,29), тиреотропный гормон 28,8 мед/л (норма—0,6—3,8 мед/л).

После проведенного лечения: тиреодин 0,15 ежедневно, кенакорт 20 мг через день, верошпирон, панангин по 1 табл. 3 раза в день, спленин по 2,0 в течение 10 дней. Состояние больной значительно улучшилось и она была вновь обследована после проведенной терапии через 1,5 мес. На ЭКГ повышение вольтажа, ритм синусовый, 78 уд. в 1 мин. Заднее эксвободное пространство около 5 мм. При рентгенографии и скопии СЛК—0,49, IV дуга уменьшилась, пульсация сердца адекватная. Жалоб не предъявляет, отечности конечностей и лица нет, больная хорошо переносит нагрузки, слабости нет.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с возникновением экссудативного перикардита при весьма «скудной» клинической симптоматике микседемы. Эффект патогенетической терапии проявился уже на 10-й день. Полностью исчезновение экссудативного перикардита отмечалось через 1,5 месяца после лечения.

Финнал ВНИЦ АМН СССР

Поступила 1/II 1988 г.

Գ. Ա. ԴԱԶԱՐՅԱՆ, Վ. Գ. ԱԶԱՏՅԱՆ, Ա. Ֆ. ՊՈՊՈՎ, Ա. Վ. ՀԱԿՈՔՅԱՆ

ՄԻՔՍԵԴԻՄԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԷԷԶՈՒԴԱՏԻՎ ՊԵՐԻԿԱՐԴԻՏԻ ԴԵՊ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ներկայացված է միքսեդեմայի կլինիկական պատկերը, երբ ախտանշանների մեծ գլխավոր տեղում զանվում է էքսուդատիվ պերիկարդիտի պատկերը: Ճիշտ ախտորոշման դեպքում հնարավոր է պահպանողական բուժումով ստանալ լավ արդյունք:

G. A. Ghazarian, V. G. Azatian, A. F. Popov, A. V. Hakopian

The Case of the Exudative Pericarditis in Mixedema

S u m m a r y

The clinical picture of mixedema is described, when the most significant signs in symptomatologic picture are the manifestations of exudative pericarditis. The diagnostic errors are possible, but in case of the correct diagnosis the effect of the conservative treatment is positive.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зефирова Г. С., Гурьева И. В., Войчик Э. А., Магерамов З. З. Клиническая медицина, 1988, 2, 133—136. 2. Bastin P. A., Bonnyus M., Vanhaelst J. Amer. J. Med., 1985, 79, 91—100. 3. Hardisty C. A., Naich D. S. Clin. endocrinology, Oxford, 1980, 13, 349—354. 4. Sontos A. D., Miller R. P., Mathew R. Amer. J. Med., 1980, 68, 675—679.

РЕФЕРАТЫ

УДК 611.611:611.13/16

Е. П. МЕЛЬМАН. Б. В. ШУТКА

ОСОБЕННОСТИ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МОЗГОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ

На основании морфологического анализа хода и распределения микрососудов в почке характеризуются особенности васкуляризации ее мозгового вещества. На оригинальной схеме показаны сосуды, участвующие в формировании кортикального длинного и юкстамедуллярного короткого кругов интраренальной гемодикуляции. Обсуждается значение сброса крови по короткому пути в условиях нефропатий, сопровождающихся ишемией коркового вещества почки.

Полный текст статьи депонирован во ВНИИМИ.

Страниц 5. Библиография: 19 названий.

Кафедра анатомии человека Ивано-Франковского
медицинского института

Поступила 16/1 1987 г.

УДК 616.12—092.19:575.41

В. Ф. КОЧМАШЕВ

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

Анализ проводится на двух иерархических уровнях организменном и популяционном. В первом случае патологический процесс рассматривается как процесс приспособления организма к неблагоприятным условиям существования, во втором—как элементарный акт элиминации неприспособленного генотипа в ходе эволюции видовых адаптационных механизмов путем отбора.