

среднюю, менее 4,4 — на выраженную. Показание индекса более 5,8 указывает на сужение ликворных полостей. При изучении ЦВИ у детей мы сравнивали изменения ЧМТ в различных возрастных группах по мере утяжеления травмы.

Результаты и обсуждение

Среднее значение ЦВИ в контрольной группе в возрасте до 3 лет равно $4,46 \pm 0,19$; 4-7 лет — $4,50 \pm 0,08$; старше 8 лет — $4,72 \pm 0,12$. Результаты измерений приведены в таблице.

ЦВИ у детей имеют значения меньше нормы, принятой для взрослых. Индекс Акимов-Комиссаренко не является одинаковым для всех возрастных групп. С возрастом у детей контрольной группы выявлена тенденция к увеличению ЦВИ ($p > 0,05$). Различия ЦВИ в возрастных группах с ЧМТ разной тяжести в большинстве случаев оказались недостоверными ($p > 0,05$). По мере утяжеления ЧМТ у детей имеет место тенденция к увеличению ЦВИ, то есть к уменьшению размеров ликворных полостей, что, по-видимому, является косвенным отражением развивающегося отека головного мозга, компенсаторного перетока ликвора из краниальной полости в спинальную, нарушения баланса ликворопродукции и ликворорезорбции на фоне изменения упругости мозговой ткани [9].

Вывод

Церебровентрикулярные пропорции изменяются в детском возрасте по мере формирования головного мозга и костей черепа. Однако эти изменения незначительны по величине и не являются статистически достоверными. По мере утяжеления черепно-мозговой травмы во всех возрастных группах детей отмечается тенденция к сужению ликворных полостей головного мозга, что отражает изменение объемных взаимоотношений в полости черепа в условиях развития отека голов-

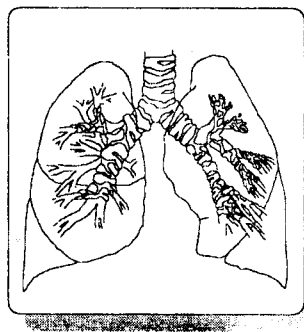
Церебровентрикулярный индекс у детей с черепно-мозговой травмой

Возраст, лет	Контрольная группа (n=11)	СГМ (n=29)	УГМЛС (n=11)	УГМСС (n=16)
0-3 (n=15)	$4,46 \pm 0,19$	$4,40 \pm 0,26$	$4,50 \pm 0,003$	$4,65 \pm 0,23$
4-7 (n=14)	$4,50 \pm 0,08$	$4,54 \pm 0,06$	$4,69 \pm 0,039$	$4,75 \pm 0,15$
Старше 8 (n=38)	$4,72 \pm 0,12$	$4,74 \pm 0,06$	$4,75 \pm 0,065$	$4,78 \pm 0,030$

ного мозга и внутричерепной гипертензии. Полученные данные позволяют считать, что определение ЦВИ может служить вспомогательным дифференциальным диагностическим критерием тяжести черепно-мозговой травмы.

Л и т е р а т у р а

1. Акимов Г.А., Комиссаренко А.Л. // Вопросы нейрохирург. 1977. №6. С. 45-51.
2. Артарян А.А., Лихтерман Л.Б., Банин А.В. и др. // Черепно-мозговая травма: Клин. рук-во. С. 69-71.
3. Потапов А.А., Гайтур Э.И. Черепно-мозговая травма: Клин. рук-во. С. 152-165.
4. Ларькин В.И., Атрошенко В.П., Ларькин И.И. Волюметрическая оценка эластического резерва мозга у детей. Мат-лы науч.-практ. конф. нейрохирургов, г. Омск, 21-22 сентября 1999 г.
5. Киселев В.П., Козырев В.А. Черепно-мозговая травма у детей. М., 1971. С. 10-18, 33-35.
6. Дамье Н.Г. Основы травматологии детского возраста. М., 1960.
7. Ормантаев К.С. Тяжелая черепно-мозговая травма у детей Л., 1982. С. 10-20.
8. Мchedlishvili Г.И., Николайшвили Л.С. // Вопросы нейрохирург. 1978. №4. С. 15-19.
9. Kolbitsch C., Schocke M., Ingo H. // Journal Article Anesthesiology. Vol. 90, №6. June 1999.
10. Marmarou A., Shulman K., Rosende R.M. // J. of Neurosurgery, 1978. Vol. 48, P. 332-344.



УДК 616.24 - 031.13 - 079.4

А.И. Чайка, Г.А. Чайка, Л.В. Хоменко

К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Синдром диссеминации ("рассеивания", "распространения") в легких встречается довольно часто у больных различного профиля учреждений,

а также у практически здоровых представителей "обязательных" контингентов, проходящих почти ежегодно массовые профилактические флю-

орографические обследования. Как и раньше, основным заболеванием является туберкулез легких. По литературным данным [1], из более чем 200 различных заболеваний, практически в диагностике диссеминированных процессов в легких, приходится дифференцировать с туберкулезом легких 10-12 заболеваний, встречающихся у 20% больных. Чаще всего это неспецифические воспалительные процессы, саркоидоз, метастатические опухоли, коллагенозы, лимфангиолейомиоматоз, альвеолиты, бронхиолоальвеолярный рак, а также процессы, возникающие на фоне иммунодефицитного состояния. Реже затруднения возникают в дифференциальной диагностике заболеваний смешанного генеза типа силикотуберкулеза, аллергических реакций.

В настоящее время наиболее доступными методами в дифференциальной диагностике являются рентгенологический, в том числе КТ, МРТ, лабораторный, эндобронхиальная и трансторакальная биопсия.

В представленных нами случаях больные поступили в терапевтическое отделение тубдиспансера из ДКБ и ККБ №1 с диагнозом "диссеминированный туберкулез легких". Клинически и рентгенологически данные диагнозы вызвали сомнения.

Больной У., 45 лет, был оперирован в торакальном отделении по поводу ножевого проникающего ранения левого легкого. В послеоперационном периоде левое легкое рентгенологически затемнено за счет пневмонита, а в правом легком усилен легочный рисунок в прикорневом отделе. В течение недели состояние больного клинически ухудшалось (фебрильная температура, кашель со слизисто-гнойной мокротой, боли в животе, мигрень, анемия), эндоскопически была выявлена язва по задней стенке большой кривизны желудка. Хотя в левом легком отмечалось некоторое рассасывание послеоперационного воспаления в верхней доле, но с обеих сторон, преимущественно в нижних долях, появились множественные, сливного характера очаговые тени, которые были расценены как аспирационная пневмония. Больной не получал противотуберкулезную терапию. Микобактерии туберкулеза в анализе мокроты не определялись. После купирования желудочного кровотечения, при очередном рентген-контроле определялось полное рассасывание послеоперационной и аспирационной инфильтрации, четко видна двусторонняя крупноочаговая диссеминация сливного характера на фоне усиленного легочного рисунка, утолщение костальной плевры в верхних отделах слева. В течение 2 нед. полностью было купировано клиническое обострение, и рентген-картина стала соответствовать молниеносно развившемуся диссеминированному туберкулезу легких. В мокроте появились БК+. Назначена противотуберкулезная терапия. Диагноз диссеминированного туберкулеза легких подтвержден.

Стремительное развитие диссеминированного туберкулезного процесса в легких было спровоцировано как внешними факторами (хронический алкоголизм, ранение, оперативное вмешатель-

ство), так и внутренними (язвенная болезнь желудка) на фоне сниженного иммунитета.

Больная П., 59 лет, неоднократно проходила лечение в ДКБ и ККБ №1 в кардиологическом отделении, нефрологии с диагнозом "ИБС, вторичный амилоидоз с преимущественным поражением почек, ХПН, НК 2Б ст". Но так как в 1995 г. больная лечилась по поводу туберкулеза S_{1-2} правого легкого, то с подозрением на рецидив специфического процесса больную переводят в КИТД. Больная жалуется на слабость, перебои в сердце, одышку, отеки голеней. В анализах - анемия, протеинурия, гематурия, лейкоцитурия. Рентгенологически - в легких на фоне усиленного легочного рисунка, за счет сосудистого компонента, множественные очаговые тени сливного характера, более выражены в верхней доле правого легкого, связаны широкой "дорожкой" с корнем. Справа корень инфильтрирован. Паратрахеально справа крупный кальцинированный лимфоузел. В S_{1-2} правого легкого немногочисленные полиморфные, продуктивного характера очаги, мелкий плотный фокус на фоне пневмосклероза. Костальная плевра утолщена с обеих сторон на всем протяжении, более выражена справа. Больная получала симптоматическую терапию, за исключением противотуберкулезной.

В течение первой недели отмечается нарастание как клинических проявлений (одышка, кашель, отеки), так и рентгенологических: в средненижних отделах, справа, почти на всем протяжении легкие пониженной прозрачности за счет нарастающих сливных очагов, утолщенной плащевидно-костальной плевры, выпота, появившегося в правом костодиафрагмальном синусе.

После усиленной комплексной терапии за 4 последующих дня достигнуто значительное рассасывание очаговых теней в легких, выпота в плевральной полости справа и пристеночной с обеих сторон, улучшилось самочувствие, клинические показатели. Больная выписана с остаточными изменениями перенесенного туберкулеза в S_{1-2} правого легкого. Дальнейшего рецидива процесса нет. Рекомендовано лечение основного заболевания в учреждении общей лечебной сети.

Таким образом, выраженные застойные явления в малом круге кровообращения, сопровождающиеся увеличением размеров сердца, несмотря на перенесенный ранее туберкулез легких, при наличии синдрома диссеминации, следует рассматривать как сосудистую патологию, требующую, в первую очередь, ее лечения.

Вследствие того, что дифференциальная диагностика диссеминированных процессов легких составляет большие трудности ввиду атипичного течения, следует тщательно изучать анамнез, клиническую и рентгенологическую динамику, использовать мультидисциплинарный подход к верификации диагноза с участием пульмонолога, рентгенолога, патологоанатома, торакального хирурга.

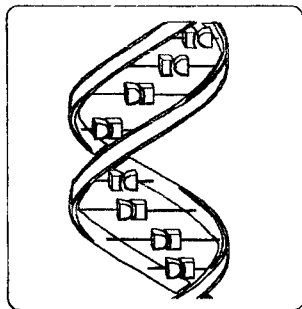
Л и т е р а т у р а

1. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика диссеминированных заболеваний легких неопухолевой природы: Лекция ЦНИИТ РАМН. М., 2002.

2. Илькович М.М. Заболевания органов дыхания. СПб., 1998.

3. Греймер М.С., Фейгин М.И. Раннее выявление туберкулеза. М.: Медицина, 1986.

4. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Винер М.Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. М.: Медицина, 1987.



УДК 618.978.9 - 053.3

М.Г. Глухов, Г.И. Андреева, О.В. Пухлова, О.В. Кульдпере, В.Л. Геллер

СЛУЧАИ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РУБИНШТЕЙНА-ТЕЙБИ (ММ №180849) И СИНДРОМОМ ДАУНА В ДИЗИГОТНОЙ ДВОЙНЕ

ОБГУЗ "Областная больница управления здравоохранения Правительства ЕАО", г. Биробиджан

Синдром, описанный Н.Ж. Rubinstein и Н. Тауби в 1963 г., характеризуется постоянным сочетанием аномалий пальцев, черепно-лицевых, дефицитом массы, отставанием роста и отклонениями в психике ребенка. Синдром известен и под названием "синдром широких пальцев, с лицевыми аномалиями".

Симптоматология

Аномалии пальцев. Концевые фаланги больших пальцев рук и ног короткие, широкие и сплюснутые, похожие на "шпатель" или "палитру" — это сплющивание относится как к кости, так и к мягким тканям пальцев. Пальцы короче и толще нормальных. Вторая фаланга большого пальца руки перемещается по направлению к лучевой кости, имитируя подвывих, большой палец не может быть приведен к ладони. Другие пальцы расширены на концах, со сплюснутыми ногтями в форме "чашечек".

Черепно-лицевая дисморфия. Проявляется рядом аномалий в самых различных комбинациях, обуславливает характерный вид лица: микроцефалия, "pateus laetus" области лба, дугообразные брови, птоз век, экзофтальмия, гипертелоризм, "антимонголоидные" щели век, уши внедрены низко со стертыми складками, "орлиный нос", перегородка носа превосходит в нижней части крылья носа, микрогнатия и ретрогнатия, стрельчатое небо.

Запоздалое развитие веса и роста — постоянное клиническое проявление разной интенсивности. Это в равной степени относится как к массе тела, так и к росту, реализуя, таким образом, гармоничный нанизм.

Психологическая задержка постоянно присутствует, но в разной интенсивности. Речь очень поздняя и трудная. Аффективность и общительность не изменены или мало изменены.

Лабораторные исследования не выявляют характерных биогуморальных изменений.

Этиопатогенез не установлен. В 1968 г. Padfield предложил гипотезу, согласно которой болезнь является вторичной по отношению к заболеванию зародыша (т.е. представляет собой эмбриональное заболевание), однако причина и момент поражения не выяснены. Во всех случаях кариотип нормален.

Лечение. Не существует эффективного специфического лечения. В настоящем сообщении представлено наблюдение новорожденного Х., родившегося в акушерском отделении.

Из анамнеза: возраст матери 31 год, беременность первая, протекала с субфебрильной температурой в 1 триместре, анемией, нефропатией, ХФПН.

Роды преждевременные, быстрые, на 36 нед. беременности, масса 2480 г, рост 48 см, окружность головы 33 см, окружность груди 30 см. Оценка по шкале Апгар 9 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное.

При осмотре новорожденного выявлено: широкие терминальные фаланги 1-х пальцев кистей и стоп, гипертелоризм, эпикант, брахицефалия, антимонголоидный разрез глаз, крипторхизм.

УЗИ сердца: открытое овальное окно. УЗИ почек — без патологии. Рентгенография кистей: укорочение фаланг пальцев, подвывих ногтевых фаланг 1-го пальца обеих кистей. Подвывих 1-го пальца обеих стоп. Цитогенетическое исследование патологии не выявило.