

дром у всех больных с дистальной диабетической полинейропатией, и в 15% - боли исчезли полностью. Применение ингибиторов АПФ и сулодексида в лечении диабетической нефропатии сохраняет многие годы жизни больным, а вазопростан - способность двигаться.

В результате комплексного подхода нам удалось сократить среднюю длительность пребывания больных на койке с 13,6 до 11,1, одновременно улучшить состояние, компенсации при выписке. Так больные в состоянии субкомпенсации сахарного диабета на момент выписки составили 83% и компенсации - 14,5%. Это позволило оказать квалифицированную помощь 495 больным на 20 койках, что выше на 10,9% аналогичного показателя за 2001 год. На ранней стадии были выяв-

лены осложнения у 152 (30,7%) больных, что позволило назначить своевременное лечение и наметить схему дальнейшего ведения больного в амбулаторных условиях по различным районам Иркутской области.

Таким образом, организация специализированной помощи больным сахарным диабетом Иркутского областного эндокринологического диспансера в результате комплексных подходов к диагностике и лечению привела к сокращению средней длительности пребывания больных на койке с достижением оптимальных показателей метаболического контроля углеводного обмена и позволило оказать высококвалифицированную помощь значительно большему количеству больных сахарным диабетом.

THE ORGANIZATION OF MEDICAL ASSISTANCE TO THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

L.I. Plastinina, T.E. Poletaeva, F.Ja. Brovina

(Regional Endocrinologic Dispensary)

In the result of complex approach we were able to reduce the average duration of patient's stay at the hospital from 13,6 days to 11,1 and simultaneously to improve the state of compensation in discharge. Thus 83% of patients had the state of subcompensation and 14,5% had the state of compensation. This allowed to render the qualified assistance to 495 patients using 20 beds, that is 10,9% higher than the same index for 2001 year. At the early stage the complications were revealed in 152 patients, that allowed to prescribe opportune treatment in out-patient conditions in the various regions of Irkutsk oblast. Thus, the organization of specialized assistance to the patients with diabetes mellitus in Irkutsk regional endocrinologic dispensary in the result of complex approach to diagnosis and treatment led to reduction the average duration of patient's stay at the hospital with achievement of optimal indices of control of carbohydrate metabolism, that allowed to render highly qualified assistance to considerably greater number of patients suffering from diabetes mellitus.

Литература

1. Rubin J.R., Altman W.M., Mendelson D.N. // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 1994. - Vol.78. - P.809.
2. Балаболкин М.И. Сахарный диабет // Москва, 2000.
3. Дедов И.И., Старостина Е.Г., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р. // Сб. статей: Современные концепции клинической диабетологии // Вена. - 1999. - Вып. 1.

Случаи из практики

© МАРКОВА И.М., МОИСЕЕВА С.В., КЕРЗИНА Л.В., ХАРНЕТОВА Н.П. -
УДК 616.124.6-001-44

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

И.М. Маркова, С.В. Моисеева, Л.В. Керзина, Н.П. Харнетова.

(Городская клиническая больница №3, гл. врач - засл. врач РФ В.В.Дыгай)

Резюме. В статье описано редкое наблюдение посттравматического дефекта межжелудочковой перегородки. В клинической картине, несмотря на тяжелый физический труд, сохраняется высокая толерантность к физическим нагрузкам.

Приобретенные дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) являются редким заболеванием. Анализ литературы позволяет рассмотреть два возможных нозологических варианта этих поражений: ДМЖП, как результат травмы сердца и разрыв межжелудочковой перегородки при инфаркте миокарда [1,2,3].

Учитывая редкость рассматриваемой патологии, приводим собственное клиническое наблюдение приобретенного ДМЖП при травме сердца. Динамическое наблюдение больного осуществлялось нами на протяжении 18 лет. Больной: С., 38 лет, (ист. болезни № 1280) 10 ноября 1985 года бригадой скорой медицинской помощи был дос-

тавлен в приемный покой Кировской больницы №3 г. Иркутска с диагнозом: Колоторезанная рана грудной клетки слева, ранение сердца. Гемопневмоторакс. Шок II степени. При поступлении: кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, слева ниже угла лопатки не выслушивалось. Аускультативно во всех точках выслушивался систолический шум, максимально в третьем и четвертом межреберье у левого края грудины. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 80/65 мм. рт. ст. Печень пальпировалась у края реберной дуги, безболезненная, периферических отеков не было. В общем анализе крови был выявлен не-большой лейкоцитоз $9,4 \cdot 10^9$, лейкоцитарная формула не нарушена, гемоглобин 118 г/л, СОЭ 20 мм/час. На обзорной рентгенограмме грудной клетки: левое легкое было уменьшено в объеме и поджато к корню за счет наличия в плевральной полости жидкости и воздуха до уровня угла лопатки. Средостение смещено вправо, левый купол диафрагмы не дифференцировался. По ЭКГ регистрировался синусовый ритм, ЧСС 98 ударов в мин., нормальное положение электрической оси сердца, умеренные нарушения процессов реполяризации в миокарде в виде снижения амплитуды зубца Т в V2-4. В отделении экстренной хирургии была проведена операция: торакотомия, ушивание раны сердца, плевральная пункция. К моменту выписки

из стационара признаков сердечной недостаточности не отмечалось. 3 декабря 1985 года больной был выписан на амбулаторное долечивание. При выписки в общем анализе крови показатели нормализовались: лейкоцитоз $7,2 \cdot 10^9$, гемоглобин 130 г/л, СОЭ 12 мм/час. По ЭКГ выраженные нарушения процессов реполяризации в миокарде в виде отрицательных зубцов Т в V2-4, которые стали регистрироваться через неделю после поступления и существенной их динамики в последующем не отмечалось. ЭХОКГ не проводилась (из-за отсутствия в те годы аппарата в больнице). Через месяц после выхода на работу стала нарастать одышка, в связи с чем больной был госпитализирован в кардиохирургическое отделение Областной клинической больницы (ОКБ) г. Иркутска. При осмотре кожные покровы бледные, в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушивались. Тоны сердца ритмичные, аускультативно во всех точках выслушивался систолический шум, максимально в третьем и четвертом межреберье у левого края грудины. Обзорная рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, синусы свободные, размеры сердца не изменены. По ЭКГ регистрировалась умеренная синусовая тахикардия, ЧСС 102 уд/мин. Выраженные нарушения процессов реполяризации в миокарде в виде куполообразного подъема сег-

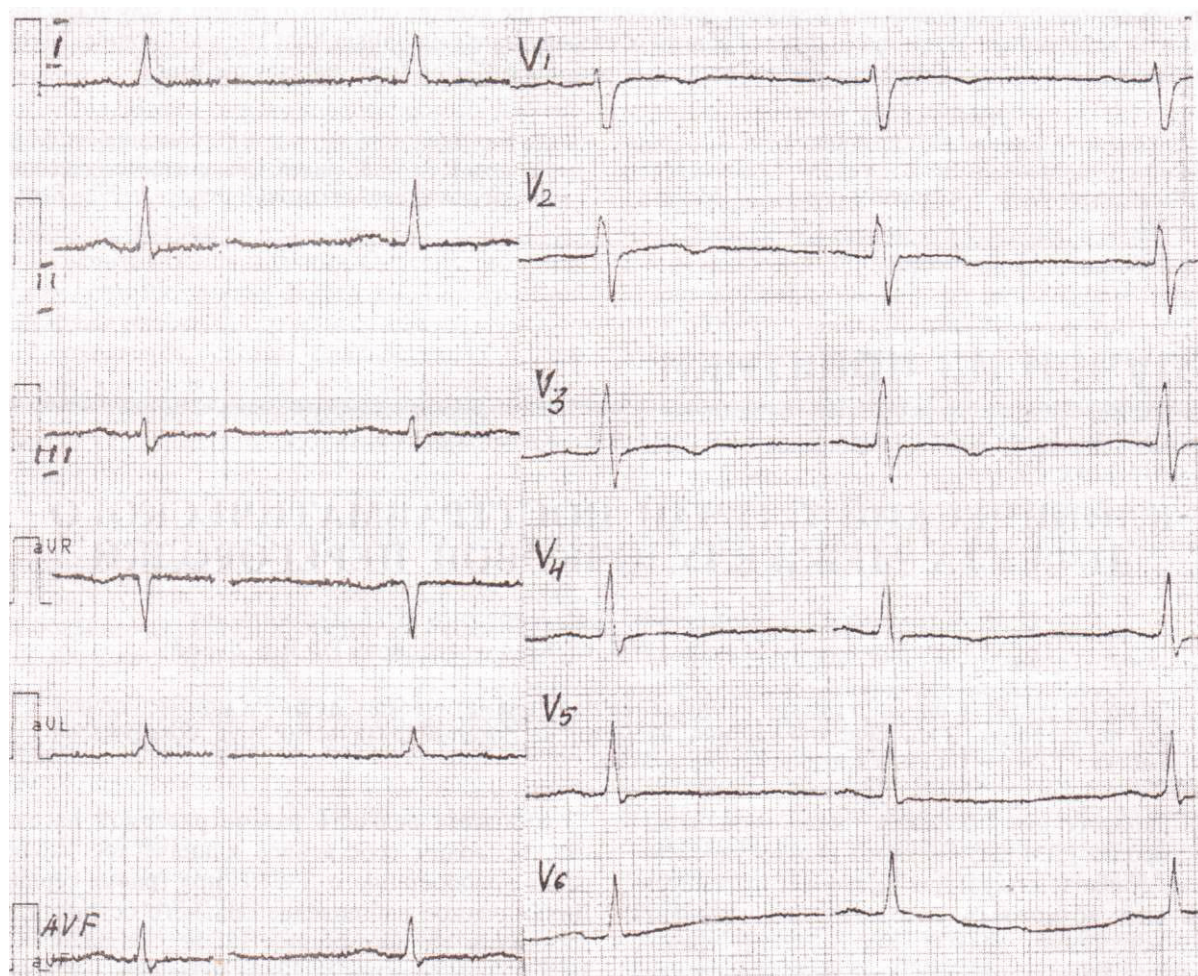


Рис. 1. ЭКГ больного с посттравматическим дефектом межжелудочковой перегородки спустя 3 года после травмы

мента ST и (-) зубца Т в V2-3. Во всех точках на фонокардиографии регистрировался высокочастотный, высокоамплитудный систолический шум с эпицентром шума в зоне Боткина и на верхушке. Зондирование камер сердца выявило дефект межжелудочковой перегородки на границе средней и нижней трети около 1 см и регургитацию на митральном клапане I степени. Давление в правых отделах сердца не повышено. Учитывая данные обследования был выставлен диагноз: Состояние после ушивания ранения сердца, посттравматический дефект межжелудочковой перегородки. От операции решено было воздержаться.

В течение следующих трех лет одышка постепенно уменьшилась, отмечалась только при значительной физической нагрузке. Продолжал работать маляром. По ЭКГ (рис.1) сохранялись нарушения процессов реполяризации в виде (-) зубца Т в V2-3.

До 1997 года к врачам не обращался. В 1997 году был активно вызван кардиологом для контрольного обследования. По ЭКГ динамики в состоянии миокарда не отмечалось, сохранялся от-

рицательный зубец Т в V2-3. Была проведена ЭХОКГ: Ao - 3,3 см, ЛП - 2,8 см, ПЖ - 1,9 см, КДР - 5,4 см. Толщина миокарда задней стенки левого желудочка - 0,9 см. В средней части МЖП лоцируется транссептальный поток в правый желудочек. Заключение: Дефект межжелудочковой перегородки.

В 2002 г. проведена контрольная ЭХОКГ: Ao - 3,5 см, ЛП - 4,0 см, ПЖ - 5,4 см, КСР - 3,8 см. Сохранился дефект МЖП на границе средней и нижней трети около 1 см, через него определялся сброс крови (скорость около 4 м/сек). Наполнение промежуточное, выброс 0,9/1,1 м/сек. Проведена велоэргометрия, где определена физическая толерантность выше средней. При диспансерном наблюдении у кардиолога признаков декомпенсации не наблюдалось, сохранялась одышка только при значительной физической нагрузке.

Таким образом, цель публикации - наблюдение редкого варианта приобретенного ДМЖП с длительной компенсацией и сохранением физической толерантности выше средней, несмотря на тяжелый физический труд.

A CLINICAL CASE OF POST-TRAUMATIC DEFECT OF INTER-VENTRICULAR SEPTUM

I.M. Markova, S.V. Moiseeva, L.V. Kerzina, N.P. Kharnetova.

(Irkutsk. Hospital 3)

A follow-up study of a rarely occurring post-traumatic defect of the inter-ventricular septum has been described in the article. The clinical picture demonstrates high tolerance to physical loads, in spite of hard physical labour.

Литература

1. Борисенко А.П. Поражение сердца при травматической болезни. - М.: Медицина. - 1990. - 233 с.

2. Сыркин А.М. Инфаркт миокарда. - М.: Медицина. - 1991. - 302 с.

3. Крыжановский В.А. Диагностика и лечение инфаркта миокарда. - Киев: Феникс. - 2001. - 451 с.

© СЭРГЭЛЭН О., ГООШ Б., НЭРГУЙ Б., НАРАНГУА Г. -
УДК 616.33.44+616.342]-06-07-08(519.3.)

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

О. Сэргэлэн, Б. Гоош, Б. Нэргуй, Г. Нарангуа.

(Монгольский Государственный медицинский университет, ректор - проф. Ц. Лхагвасурэн)

Резюме. Изучены факторы, влияющие на осложнение язвенной болезни, в условиях Монголии у 300 больных. По материалам последних пяти лет хирургической клиники ЦРКБ определили причину, частоту и особенности проявлений отдельных видов осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Заболеемость язвенной болезнью в Монголии неуклонно повышается с каждым годом, в связи с этим проблема диагностики лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время полностью сохраняет свою актуальность, как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Материалы и методы

Нами изучены истории болезни 300 больных с осложненной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Рентгенологические исследования с контрастным исследованием желудка и двенадца-

типерстной кишки, выполнены 109 больным по стандартным методикам. Гастродуоденоскопию проводили 187 больным с помощью фиброгастродуоденоскопа. Определение Н. Pylori на слизистой оболочке антрального отдела желудка и верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки у 63 больных - при помощи уреазного теста и патогистологическим способом.

Результаты и обсуждение

Наш собственный клинический материал включает данные 300 больных с различными осложнениями язв желудка и двенадцатиперстной