

### Э. Х. Закиров (Альметьевск). Длительное искусственное дыхание

К., 40 лет, поступил 26/VII 1968 г. с жалобами на онемение всего тела, затруднение глотания, недостаток воздуха, сердцебиение, боль в области шеи, чувство страха смерти. Болен 5 дней. В апреле, мае, июне 1968 г. работал в лесу и неоднократно снимал впившихся в кожу клещей.

Общее состояние очень тяжелое, лицо одутловатое, с цианотичным оттенком. В позе Ромберга больной неустойчив. Держать голову прямо может не более 2—3 сек. Судорожные подергивания мышц лица. Зрачки слегка расширены, реакция на свет вялая. Небольшая асимметрия носогубной складки слева. Сухожильные рефлексы с рук и ног высокие (слева больше, чем справа). Слева симптом Бабинского положительный. Брюшные рефлексы резко ослаблены. Менингеальные знаки отрицательные. Двигательное возбуждение. Дыхание 30—40, поверхностное. В нижних отделах легких рассеянные сухие хрипы.

Тоны сердца чистые. Пульс 100, напряженный, ритмичный. АД 200/100.

Спустя 2 часа с момента поступления больной внезапно потерял сознание; остановилось дыхание, исчез пульс, АД не определяется. Начато искусственное дыхание (рот в рот) и закрытый массаж сердца. Через 3 мин. на лучевой артерии появился нитевидный пульс. Самостоятельное дыхание отсутствует.

Введено внутривенно 2 мл кордиамина, 40 мг гидрокортизона, 1 мл цититона, 1 мл лобелина, 1 мл мезатона. Через 6 мин. с момента остановки дыхания возобновились редкие поверхностные дыхательные движения грудной клетки, прояснилось сознание; однако через 3 мин. дыхание вновь прекратилось. Начато искусственное дыхание аппаратом ДП-8. В легких появилось множество разнокалиберных влажных хрипов. Отек легких был купирован введением внутривенно  $\text{CaCl}_2$ , глюкозы со строфантином, гидрокортизона и эвакуацией пенистой розовой жидкости через эндотрахеальную трубку.

В последующем больной получал антибиотики, витамины ( $\text{B}_1$ ,  $\text{B}_{12}$ ,  $\text{B}_6$ , C), сердечно-сосудистые средства, глюкозу, сернокислую магнезию, прозерин. Гемодинамические показатели нормализовались. Через 6 час. непрерывной работы аппарат ДП-8 был временно отключен. Отмечены признаки самостоятельного дыхания в течение 20—25 сек. В последующем аппарат отключали через каждые 3—4 часа. Спустя 24 часа интервал самостоятельного дыхания увеличился до 1,5—2 мин., а к концу 2-х суток — до 5—6 мин. В начале 3-х суток больной самостоятельно дышал 15—20 мин. Через 68 часов аппарат ДП-8 отключили. Дыхание свободное, без каких-либо затруднений. Больной слаб, отмечают судорожные подергивания мышц лица и конечностей. Через месяц все эти явления исчезли.

На основании анамнестических данных и клиники заболевания был предварительно поставлен диагноз: полиоэнцефалитическая форма клещевого энцефалита с бульбарными параличами.

Реакция торможения геагглютинации: 30/VII—1 проба — отрицательная, 12/VIII—2 проба — 1:40. Нарастание титра геагглютинации в течение короткого промежутка времени подтвердило предварительный диагноз клещевого энцефалита.

30/VIII больной выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 месяца. Жалоб нет. Трудоспособен.

Наше наблюдение показало, что применение длительного искусственного дыхания может оказаться эффективным при обратимых параличах дыхательного центра.

удк 616—001

### Г. И. Гусаков (Казань). Тяжелая комбинированная травма у ребенка

Г., 7 лет, поступила 15/IV 1968 г. через 40 мин. после транспортной травмы в крайне тяжелом состоянии, без сознания, с двигательным беспокойством. Пульс 130, слабого наполнения и напряжения, АД 70/0, дыхание поверхностное, 14 в мин. Из правого и левого наружных слуховых проходов и правого носового хода выделяется кровь с примесью ликвора. Анзкокория. Реакция зрачков на свет вялая. Плавающий взор. Корнеальный и глотательный рефлексы отсутствуют. На болевой раздражитель ребенок не реагирует. Левосторонний гемипарез. Периодически гипертонус в правых конечностях, левые сухожильные и периостальные рефлексы больше правых. Брюшные рефлексы отсутствуют. Двухсторонний симптом Бабинского и симптом Оппенгейма справа. Менингеальных знаков нет.

На передней поверхности левого плечевого сустава рана  $6 \times 2$  см, с ровными краями, умеренным кровотоком; рана мягких тканей в правой паховой области  $10 \times 2$  см. Живот слегка напряжен в нижнем отделе. Над лоном и в пахово-подвздошных областях подкожная разлитая гематома, распространяющаяся на левое бедро.

На рентгенограмме костей таза: перелом лобковой и седалищной костей без смещения отломков.

Диагноз: закрытая травма черепа, ушиб головного мозга тяжелой степени с наличием стволовых симптомов; двухсторонний перелом основания черепа в области пирамид височных костей; закрытый перелом лобковой и седалищной костей слева без сме-

щения отломков; забрюшинная гематома; ушибленные раны мягких тканей левого плечевого сустава и правой паховой области, шок III степени.

В течение первых двух суток проводили противошоковую терапию: покой, холод на голову, переливание крови и противошоковой жидкости, подкожное переливание 5% раствора глюкозы с витаминами В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, кровоостанавливающие средства, увлажненный кислород.

После некоторого улучшения общего состояния больной произведена первичная хирургическая обработка ран мягких тканей левого плечевого сустава и правой паховой области с последующим наложением глухих швов.

При люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови, вытекающий под давлением 180 мм водяного столба. Выведено 10 мл ликвора, введено 15 см<sup>3</sup> кислорода интратюмально.

Последующее лечение включало внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы, раствора Рингера; сердечно-сосудистые средства, по показаниям — строфантин с глюкозой; хлористый кальций, викасол, антибиотики.

Состояние девочки в течение первых двух суток оставалось крайне тяжелым. На 3-и сутки появился глотательный рефлекс. Остальные рефлексы отсутствовали. Адинамия. АД 105/65. Непроизвольное отхождение мочи и кала. В последующем нарастают признаки общего истощения и резко выраженной анемии (Э.—1 780 000, Гем.—6,6 г%). Моча без патологии. Продолжали вводить плазму, кровь, жидкости. Отоларингологом диагностирован правосторонний травматический отит, окулистом отмечено побледнение сосков зрительного нерва и сужение артерий сетчатки.

Через 8 дней после травмы появилась гипертермия, в связи с чем усилили дегидратационную терапию, стали вводить амидопирин, проводили физическое охлаждение.

Питание больной осуществлялось через зонд. Через каждые 3—4 дня ей переливали кровь и плазму.

Через 21 день наметились первые признаки улучшения общего состояния. Больная начала стонать, открывать глаза, затем реагировать на окружающее. Но сознание оставалось спутанным.

10/V 1968 г. появился глотательный рефлекс и возможность кормить девочку через рот жидкой пищей. Лишь через 36 дней с момента травмы девочка начала произносить отдельные слова. Отхождение кала и мочи стало произвольным.

В дальнейшем проводили общеукрепляющее лечение, в том числе ЛФК и массаж. Движения в левых конечностях постепенно восстановились. Через два месяца больная начала ходить, вначале с посторонней помощью, а затем самостоятельно. Через 67 дней девочка выписана в хорошем состоянии. Поведение ее правильное. Речь восстановилась. Через 3 месяца после травмы девочка пошла в школу, учится успешно.

УДК 616—001.4—616.24—616.11—616.12

### В. П. Поляков и А. И. Пучиньянц (Куйбышев-обл.). Множественные инородные тела легкого, перикарда и сердца

М., 31 года, поступил в хирургическое отделение 23/V 1967 г. с диагнозом: инородные тела (иглы) в левом легком и сердце, стенокардия. При поступлении жаловался на одышку при физической нагрузке, боли в области сердца с иррадиацией в плечо и лопатку слева, возникающие при малейшем напряжении, сердцебиение, слабость.

В 1962 г. с суицидальной целью М. ввел в левую половину груди (в область сердца) несколько швейных игл. Остался жив, был помещен в стационар, где длительно лечился, но операцию в то время не предлагали. Больного долго беспокоили боли в груди, которые со временем притупились, но совсем не проходили, усиливаясь при физической нагрузке.

В последние 2 года состояние его ухудшилось: появилась одышка, усилились и стали более продолжительными боли в области сердца. Больной длительно лечился от стенокардии, но коронарорасширяющие средства эффекта не оказывали. Был направлен в хирургическое отделение для решения вопроса об оперативном лечении.

При объективном исследовании никакой патологии, кроме глухости сердечных тонов, не отмечено. Пульс 74. АД 100/80. На ЭКГ изменений, свидетельствующих о коронарной недостаточности, нет. При рентгенологическом исследовании видны иглы в левом легком и сердце. Судя по снимкам, сделанным в прямой и боковой проекциях, одна игла сломана, и оба ее отломка расположены в мягких тканях грудной стенки, 4 иглы видны в легком в проекции язычковых сегментов, а 2—в проекции тени левого желудочка сердца.

29/V 1967 г. под интубационным наркозом произведена торакотомия передне-боковым доступом в 5-м межреберье слева (В. П. Поляков). При рассечении межреберных мышц обнаружены и удалены оба отломка иглы, находившиеся в мягких тканях. Плевральная полость оказалась полностью облитерированной. При выделении легкого из сращений пальпацией установлено наличие 4 игл в язычковых сегментах. Все иглы удалены простым извлечением, так как воспалительных и склеротических изменений вокруг них в легочной ткани не было. Обнаружена игла, замурованная в перикарде. Последний продольно рассечен кпереди от диафрагмального нерва. Установлено, что конец упомянутой иглы проникает в полость перикарда и упирается в сердечную мыш-