

Из хирургического отделения Давлекановской больницы Баш. АССР
(зав. больницей Д. А. Маслов).

Случай коляпса после спинномозговой анестезии, леченный переливанием крови.

С. А. Ревякин.

Спинномозговая анестезия имеет своих авторитетных сторонников и, пожалуй, не меньшее количество убежденных противников.

Несомненно, что применение спинномозговой анестезии имеет ряд теневых сторон (головные боли, коляпсы, параличи и т. д.). Однако преимуществ также налицо.

При определенных показаниях и при соблюдении известных предосторожностей, применение люмбальной анестезии вполне себя оправдывает.

Применяя довольно широко спинномозговую анестезию в Давлекановской больнице в течение 2¹/₂ лет, я также наблюдал бульбарные явления на операционном столе, выражающиеся в побледнении лица больного, рвоте и некотором падении пульса, причем эти явления наступали обычно через 10—15 мин. после впрыскивания новокаина в спинномозговой канал. Как правило, эти явления быстро проходили и к концу операции исчезали совершенно.

До последнего времени мне не приходилось наблюдать так называемых поздних коляпсов, известных мне из литературных описаний. 3/VI 35 г. с таким случаем мне пришлось впервые столкнуться.

Больная Золотарева Е. М., 42 лет, поступила в Давлекановскую больницу 2 июня 1935 г. для операции по поводу хронического воспаления придатков и ретроверзии матки. Больная правильного, несколько астенического телосложения, питание несколько понижено, анемична. Со стороны внутренних органов без особых отклонений от нормы.

3/VI 35 г.—операция под люмбальной анестезией. Прокол спинномозгового канала сделан между 2 и 3 поясничными позвонками, впрыснуто 2,5 см³ трехпроцентного раствора новокаина.

Перед операцией больной было введено под кожу 2 см³ 10% раствора кофеина, как обычно у нас принято. Анестезия была полная.

Произведена следующая операция: слева труба и яичник удалены полностью, справа—труба удалена, резекция яичника. Иссечен содержащий каловые камни аппендикс. Произведена вентросуспензия матки по Додери-Джиллиаму. Больная перенесла операцию хорошо, все время разговаривала, бульбарных явлений не было. Операция продолжалась 35—40 минут.

После окончания операционного дня, перед уходом из больницы, я обошел, как всегда, оперированных в тот день больных. Описываемая больная жаловалась на боли в области операции, пульс был хороший, в общем состояние было как обычно у всех оперированных.

Придя в больницу около 19 час. на вечерний обход, я застал больную в крайне тяжелом состоянии. Пульс еле прощупывался, сосчитать его не удавалось, резкая бледность лица, конечности были холодные, больная почти не отвечает на вопросы.

При первом же взгляде на больную и исследовании пульса у меня появилась мысль о внутрибрюшном послеоперационном кровотечении от соскользящей лигатуры. Поэтому я сейчас же распорядился, чтобы готовили аппаратуру для переливания крови (донор 1-й группы был под рукой—дежурная фельдшерица).

Однако после более внимательного осмотра больной я убедился, что внутреннего кровотечения здесь нет, а имеется коляпс от спинномозговой анестезии. Как

выяснилось из расспроса дежурного персонала, у больной все время была рвота, она жаловалась на головную боль. Если бы здесь было внутреннее кровотечение, то при таком тяжелом состоянии больной были бы налицо признаки присутствия в брюшной полости большого количества жидкости. Между тем, живот был мягкий, впалый, пальпация его почти безболезненна, при перкуссии во всех отделах живота — кишечный тимпанический тон.

Однако, больная была почти в агонии, впрыскивания сердечных средств никакого заметного улучшения не давали. Поэтому я решил применить переливание крови, как *ultimum refugium*.

От донора 1 группы, после предварительной пробы на совместимость по Клеменсу, была взята цитратным способом кровь в количестве 350 г и после прибавления 400,0 физиологическ. раствора перелита больной.

К концу переливания у больной появился пульс в лучевой артерии, больная порозовела. Улучшение состояния больной было стойким, пульс в течение ночи пришел к норме.

В послеоперационном периоде у больной в течение нескольких дней была упорная рвота и сильные головные боли, которые стихли только через две недели после операции. Больная была выписана 20/VI в хорошем состоянии, заживление раны *per grama*.

У меня создалось впечатление, что без применения переливания крови, наступил бы летальный исход.

Из хирургического отделения Ардатовской районной больницы Мордовской АССР.

Случай ущемления дивертикула Meskel'я в паховой грыже.

В. Е. Родионов.

Ductus omphalo-mesentericus — орган внутриутробной жизни человека. При нормальном развитии организма он остается к концу внутриутробной жизни в виде незначительных следов на соответствующем отделе кишечника. Как аномалия развития кишечника, остаток этого протока встречается нередко в виде более или менее развитого образования (дивертикула Meskel'я).

Еще реже наблюдается ущемление дивертикула в грыже. Привожу наш случай ущемленной грыжи, содержавшей дивертикул.

В хирургическое отделение Ардатовской райбольницы 12/IV 1935 г. доставлен мальчик Е-н, 8 лет, с явлениями ущемленной паховой грыжи. Из расспросов матери больного усмотрено: мальчик страдал врожденной паховой грыжей. Около суток тому назад у мальчика внезапно появилась резкая боль в грыже, сопровождавшаяся неоднократной рвотой. В день заболевания был дважды нормальный стул. Из села, расположенного в 4 км от больницы, мальчик шел пешком.

При объективном исследовании обнаружено: в области пахового кольца с правой стороны имеется продолговатой формы опухоль, величиной с грецкий орех, и отечность правой половины мошонки. При пальпации — опухоль туго эластической консистенции, болезненна. Напряжение обеих прямых мышц живота. Небольшой метеоризм. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Т-ра нормальна. В сердце, легких — ничего патологического.

Диагноз: ущемленная, правосторонняя паховая грыжа. Экстремная операция под общим эфирным наркозом. Разрез, типичный для грыжесечения. По вскрытии грыжевого мешка выделилось небольшое количество мутноватой жидкости. Рас-