

В мазке пунктата лимфоузла, кроме небольшого процента ретикулярных клеток и плазматических лимфоидного ряда, все остальные формы составляли лимфобласты, пролимфоциты и лимфоциты.

После перевода больной в Ильичевскую больницу применением антибиотиков, трансфузий эритроцитной массы, гормональных препаратов и витаминов удавалось добиться лишь незначительных кратковременных ремиссий. В последующем стал нарастать гепато-лиенальный синдром, появились конгломераты лимфоузлов в брюшной полости, усилились анемизация и явления геморрагического диатеза. Количество гемоглобина снизилось до 30% (5,2 г%), Э.— до 1 400 000, тромбоцитов — до 7 000. Число лейкоцитов колебалось и достигло 61 000. Незадолго до смерти в лейкоцитарной формуле 93,5% белых клеток относились к лимфатическому ряду.

Через 6 месяцев от начала заболевания больная скончалась. Клинический диагноз: острый лимфаденоз.

На секции: красный костный мозг бедра, гиперплазия селезенки, периспленит, гиперплазия шейных, подмышечных, паховых, перибронхиальных, брыжеечных и забрюшинных лимфоузлов; большие белые (лейкемические) почки; анемия внутренних органов; точечные кровоизлияния на слизистой трахеи, желудка, почечных лоханок, под эпикардом и висцеральной плеврой.

Таким образом, мы имели в данном случае лимфолейкоз с картиной острого клинического течения, продленного терапией.

Не говоря о том, что случаи острого и подострого лимфолейкоза считаются редкими, морфология крови останавливает внимание в том отношении, что не было картины наиболее частой для острых лимфаденозов с почти абсолютным наличием лимфобластов, пролимфоцитов и молодых переходных форм к лимфоцитам, так же, как не было преимущественно мелкоклеточной формы. Количество лейкоцитов периферической крови резко колебалось от лейкопенических цифр до резкого гиперлейкоцитоза.

Не совсем обычны именно для данного вида лейкоза при остром его течении столь резко увеличенные почки, пораженные основным процессом, свободно прощупывающиеся при жизни.

Но наибольший интерес вызывает вышеописанная плотная отечность лица и ушей, купированная десенсибилизацией. Следует полагать, что нарушение обмена, усугубившееся состоянием почек, обусловило своеобразную аллергическую реакцию в данном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г. А. Лейкозы. Москва, 1950. — 2. Аринкин М. И. Ретикулоэндотелиальная система при заболеваниях крови и кроветворных органов. Медгиз, 1946. — 3. Владос Х. Х. Клиническая гематология. 1937. — 4. Грабенко И. К. и Ковалева К. И. Проблемы гематологии и переливания крови, 1956, 3. — 5. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. Медгиз, 1955. — 6. Краевский Н. А. и Хохлова М. П. Проблемы гематологии и переливания крови, 1956, 4. — 7. Фрейфельд Е. И. Гематология. Медгиз, 1947. — 8. Яновский Д. Н. Руков. по клинической гематологии. Госмедиздат УССР, 1951.

Поступила 17 июля 1957 г.

ТОТАЛЬНАЯ ГАСТРОЭКТОМИЯ НА ВЫСОТЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ

А. А. Агафонов

Из 2-й кафедры хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

9/V 1956 г. в терапевтическое отделение ж.-д. больницы станции Муром был госпитализирован 6-ной Л., 65 лет.

В ночь на 9/V у него возникла обильная кровавая рвота, которую он связывает с употреблением в большом количестве денатурированного спирта.

На протяжении четырех лет отмечал боли в подложечной области, возникающие

спустя час-полтора после приема пищи. За последние месяцы начал сильно худеть и слабеть. Два года тому назад был дегтеобразный стул, который наблюдался и 9/V 1956 г.

Больной высокого роста, крепкого сложения. Бледность кожных покровов и видимых слизистых, умеренное похудение, болезненность и незначительная ригидность мышц в эпигастральной области. Температура нормальная, пульс 88, артериальное давление — 110/80. Умеренно выраженные возрастные изменения со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Учитывая анамнез и объективные данные, решено перевести больного в хирургическое отделение. Складывалось впечатление, что у больного имеется кровотокающая язва желудка с возможным злокачественным перерождением.

Анализ крови от 10/V 1956 г.:

Нв.—40 ед., 6,6 ‰, Э.—1 900 000, Л.—5 300, э.—1%, п.—4%, с.—76%, л.—19%, РОЭ—23 мм/час.

В хирургическом отделении больной получал общеукрепляющее лечение (глюкозу, стрихнин, хлориды), ему переливалась кровь. Состояние больного постепенно улучшалось. Он значительно окреп, появились аппетит и хороший сон, кровавой рвоты и дегтеобразного стула не повторялось.

На 7-й день после кровотечения при рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта обнаружены расширенные складки слизистой, деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и ниша на ее задней стенке.

19/V 1956 г. в 9 ч. 30 мин внезапно началась обильная кровавая рвота. Больной резко бледен, пульс нитевидный, до 124, артериальное давление — 60/45. Жалуется на слабость, шум в ушах, головокружение. Кожные покровы в холодном липком поту. Назначено: хлористый кальций внутривенно, стерильная желатина внутримышечно, нормальная сыворотка. Переливались гемостатические дозы крови 0 (I) группы. Несмотря на указанные мероприятия, кровотечение продолжалось. Состояние больного прогрессивно ухудшалось. Пульс на периферических артериях едва ощутим, сознание спутанное.

Ввиду безуспешности консервативных мероприятий, решено оперировать на высоте кровотечения.

Операция (А. А. Агафонов). Анестезия 0,25% раствором новокаина. Произведена срединно-верхняя лапаротомия. Привлекает внимание резкая анемия тканей. По вскрытии брюшной полости дыхание сделалось поверхностным. Пульс на периферических артериях не пальпируется, кровяное давление не определяется, сознание отсутствует.

Внутривенное капельное переливание крови заменено введением крови под давлением в левую лучевую артерию. После введения в артерию 150 мл крови появился пульс на периферических артериях, кровяное давление — 70/35, сознание прояснилось, дыхание сделалось более глубоким.

При ревизии установлено: желудок больших размеров, переполнен содержимым (кровью), как и начальный отдел тонкого кишечника. По малой кривизне желудка, переходя на прилегающий участок пищевода, инфильтрируя ближайшие отделы малого сальника, располагается плотная бугристая опухоль, размером с голубиное яйцо.

Учитывая наличие злокачественной опухоли, осложненной кровотечением, и невозможность остановить кровотечение паллиативными мероприятиями, решено провести тотальную резекцию желудка, тем более, что видимых метастазов не было. Произведено наложение анастомоза между пищеводом выше опухоли на 2 см и тонкой кишкой по обычной методике.

За время операции больному внутриартериально перелито 300 мл крови и 500 мл внутривенно. Вводились сердечно-сосудистые средства, лобелин, глюкоза, морфин. В результате состояния больного к концу операции улучшилось. Сознание ясное, кровяное давление — 85/40, пульс — 110.

Препарат — резецированный желудок с прилегающим участком пищевода. На малой кривизне желудка плотная бугристая опухоль, размером с голубиное яйцо, частично переходящая на резецированный участок пищевода. Со стороны слизистой желудка опухоль имеет вид кратера, в центре которого виден зияющий сосуд толщиной со спичку.

В послеоперационном периоде больному производились переливания крови, вводились глюкоза, физиологический раствор, сердечно-сосудистые средства.

В первые дни после операции состояние больного было тяжелым, затем постепенно улучшилось.

Анализ крови от 22/V: Нв.—39 ед., 6,5 ‰, Э.—2 360 000, Л.—8 400, п.—16%, с.—74%, л.—10%, РОЭ—38 мм/час.

В дальнейшем состояние прогрессивно улучшалось, нарастало количество эритроцитов и гемоглобина.

Анализ крови от 7/VI: Нв.—51 ед., 8,5 ‰, Э.—3 270 000, Л.—5 200, э.—6%, п.—7%, с.—80%, л.—5%, м.—2%. Нерезко выраженные анизоцитоз и пойкилоцитоз. РОЭ—8 мм/час.

Резиновый дренаж убран на 8-й день. Рана зажила первичным натяжением. На 23 день с момента операции, в удовлетворительном состоянии и с прибавлением

в весе больной выписан с единственной жалобой на периодически возникающий жидкий стул (3 раза в сутки).

Спустя 4 месяца с момента операции, больной повторно осмотрен, общее состояние вполне удовлетворительное, жалоб не предъявляет, аппетит хороший.

Это наблюдение представляет известный интерес в том отношении, что если резекция желудка на высоте кровотечения при язвенной болезни не является редкостью, то резекция желудка по поводу профузного гастро-дуоденального кровотечения на почве поражения раком, из-за возраста больных и общего состояния, производится редко, вследствие большого операционного риска. Однако, как показывает наше наблюдение, когда у 65-летнего больного была произведена на высоте кровотечения тотальная гастрэктомия с благоприятным исходом, эта операция с внутриартериальным переливанием крови, использованием местной анестезии и щадящей техники в современных условиях допустима и оправдана.

Поступила 4 ноября 1958 г.

МНОЖЕСТВЕННЫЙ СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ЖЕЛУДКА¹

Н. М. Васильев и М. Ф. Богатырев

Спонтанные разрывы желудка весьма редки. До 1933 г. проф. С. М. Рубашов собрал всего 31 случай, включив в это число и 2 собственных наблюдения. К 1956 г. П. И. Логвиненко и Р. С. Поповьянц собрали еще 11 случаев, включив одно свое наблюдение.

Редкость и тяжелое течение спонтанных разрывов желудка послужили поводом к описанию нашего наблюдения.

Б-ная С-ко, 28 лет, поступила в хирургическое отделение 13/XI-56 г. в 17 ч. 30 мин через 1,5 часа после начала заболевания. Заболела остро: сразу появились резкая боль в животе и его вздутие.

Больная в течение многих лет страдает хронической язвой двенадцатиперстной кишки. В 1948 г. оперирована по поводу перфорации язвы двенадцатиперстной кишки (ушивание перфоративного отверстия). В дальнейшем часто отмечались боли в эпигастральной области, обильные рвоты после приема пищи, особенно за последнее время, стул с наклоном к запорам. В 1955 г. больная поступила в госпиталь по поводу кишечной непроходимости, которая, была ликвидирована консервативным методом.

При поступлении общее состояние крайне тяжелое. Больная очень беспокойна, кричит от болей в животе. Изменение положения тела не уменьшает острых болей. Кожные покровы и слизистые губ резко цианотичны. Дыхание учащено, затруднено. Пульс на периферических сосудах не прощупывается; артериальное давление не определяется. Тоны сердца резко приглушены. В легких всюду легочный звук, дыхание везикулярное. Живот резко вздут, имеет вид «барабана», кожа его растянута. Пальпация живота невозможна; перкуторно всюду высокий тимпанит. Отмечается выпадение всех слоев стенки прямой кишки и влагища. При пальцевом исследовании — ампула прямой кишки пуста, нависание слизистой передней ее стенки; исследовать больную через влагище не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный. Сознание ясное. Решено после проведения противошоковых мероприятий приступить к лапаротомии, на что получено согласие больной и мужа.

В 19 ч. 10 мин операция под эфирным наркозом. По вскрытии брюшной полости выделилось обильное количество зловонного газа, большое количество шоколадного цвета вонючей жидкости с примесью пищевых масс (картофель, лук). Насосом удалено до 1500 мл жидкости.

Кишечник в спавшемся состоянии с точечными кровоизлияниями, проходим на всем протяжении. Мезентериальные железы увеличены, плотные. Пристеночная брюшина темно-серого цвета, местами с точечными кровоизлияниями. Большой сальник покрыт грязно-серым налетом.

На передней поверхности желудка два разрыва серозы и мышечного слоя длиной 4—5 см каждый. На задней поверхности также имеется разрыв серозно-мышечных слоев длиной 3 см. На малой кривизне в области нижней ее трети имеется разрыв всех слоев стенки с пролабированием слизистой желудка длинной 6 см, через это отверстие в брюшную полость изливается желудочное содержимое. Разрывы желудка

¹ Доложено на госпитальной конференции врачей 26/XII-56 г.