

артерий — отложение извести. Твердая мозговая оболочка напряжена, полнокровна. Мягкая мозговая оболочка слева резко отечна, отечная жидкость имеет желто-зеленый цвет. Левое полушарие значительно увеличено в размерах, извилины сглажены. Вещество мозга левого полушария повышенной влажности, мягкое, границы между серым и белым веществом плохо выражены. Желудочки расширены, особенно слева. Эпендима полнокровна, гладка. Сосуды основания мозга с многочисленными атероматозными бляшками.

Патологоанатомический диагноз. Общий атеросклероз, обширный инфаркт миокарда на почве атеросклероза коронарных сосудов. Язвенный атероматоз аорты и крупных периферических сосудов. Тромбоз общей сонной артерии. Начинающийся некроз левого полушария мозга. Дистрофические изменения во внутренних органах.

По-видимому, у больной в течение 8 лет был тромбоз общей сонной артерии, клинически проявлявшийся периодическим развитием гемипареза и гемиплегии. Стойких нарушений мозгового кровообращения не возникало, так как оно компенсировалось за счет коллатерального кровообращения (правой сонной артерии и системы виллизиева круга). Развитие инфаркта миокарда привело к падению сердечной деятельности, нарушению коллатерального кровообращения в сосудистой системе мозга и развитию некроза левого полушария мозга. Инфаркт миокарда при жизни не был диагностирован, так как острое нарушение мозгового кровообращения маскировало клинику инфаркта миокарда.

Э. И. Гельфонд (Мамадыш). Случай расслаивающей аневризмы аорты

12/I-61 г. в 5 ч. доставлена больная С., 43 лет, из деревни, находящейся в 30 км от больницы.

Больная мечется, не находит себе места, вскакивает, стонет от боли в груди, в спине, верхней половине живота. Боли начались внезапно в 10 часов вечера, с тех пор не прекращались, был вызван фельдшер, который ввел кофеин и направил больную в районную больницу.

«Заболеванием сердца» страдала несколько лет. Все время лечилась у фельдшера.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Температура — 36,9°. Пульс — 96, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны ритмичные, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке и на аорте. АД — 170/100. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Диагноз: инфаркт миокарда (?). Назначен строгий постельный режим. Дан валлол, боли не уменьшились. После приема нитроглицерина боли уменьшились, но вскоре возобновились. Введено 1 мл 1% раствора морфина и 0,5 мл 0,1% раствора атропина. Боли уменьшились, однако вскоре снова возобновились. Больная продолжает беспокоиться, метаться, много пьет. В 10 ч. 30 м. больная вскочила, вскрикнула, упала и скончалась.

Клинический диагноз: инфаркт миокарда, тампонада сердца.

При вскрытии обнаружены обширная гематома средостения и жидкая, частично сгустками, кровь в левой половине грудной клетки (2000 мл). Сердце нормальных размеров, без особых изменений. Обнаружены расслаивающая аневризма аорты в грудном отделе на протяжении 10 см и линейный разрыв аорты в косом направлении с неровными краями 2,0 × 0,3 см. Аорта склеротически изменена. Множество атероматозных бляшек в месте разрыва. Создается впечатление выпадения атеросклеротической бляшки.

Канд. мед. наук Д. Г. Тахавиева (Казань). Успешное закрытое вправление застарелого вывиха плеча с использованием мышечных релаксантов

Бескровное вправление застарелых вывихов плеча, особенно на сроках, превышающих 2 месяца, не всегда достигает цели и является продолжительной, травматичной и весьма обременительной для больного манипуляцией. Вправлению вывиха препятствуют не только рубцы, но и стойкая мышечная ретракция. В последние годы начали появляться сообщения о применении курареподобных препаратов в сочетании с интратрахеальным наркозом или местным обезболиванием при репозиции костных отломков и вправлении вывихов (В. И. Соколов, А. Г. Костин). Миорелаксанты, снимая мышечное сопротивление, значительно облегчают технику вправления и увеличивают шансы на успех консервативного лечения.

Приводим наше наблюдение.

И., 19 лет, поступила 4/I 1961 г. с жалобами на боли и отсутствие движений в левом плечевом суставе. 2/XI 1960 г. во время припадка эпилепсии у больной произошел вывих левого плеча, по поводу которого никакого лечения не предпринималось.

11/I-61 г. произведена попытка закрытого вправления вывиха плеча по разработанной в институте методике, не увенчавшаяся успехом.

Тогда было решено произвести вправление с использованием мышечного релаксанта. Для вводного наркоза применен 2,5% тиопентал натрия (20 мл). Введено 100 мг листенона. Под поверхностным эфирно-кислородным наркозом (эфира — 15,0) после ротационных движений в суставе без особых усилий и довольно быстро (в течение 4 минут) удалось вправить вывих по Кохеру.

И. В. Старцев и Н. Е. Лебедев (Москва). К клинике и лечению осложненного геморроя

Изучению геморроидальной болезни посвящено значительное число работ, и все же многие вопросы остаются не вполне выясненными. Так, например, нет общепринятой единой классификации и лечения осложненного геморроя. В связи с этим считаем целесообразным сообщить нашу классификацию и тактику лечения осложненного геморроя. С 1952 по 1958 гг. в клинике находились на излечении 213 страдающих геморроем. По клиническому течению заболевание разделялось на хронический и осложненный геморрой. К страдающим хроническим геморроем отнесены те больные, у которых в анамнезе не отмечалось никаких осложнений, и заболевание было обнаружено при случайном осмотре, или те больные, которые жаловались на неприятное ощущение в области заднего прохода. Таких больных было 37 (17,3%). Остальные (176 — 82,7%) были с осложненными формами геморроя. В свою очередь осложненные виды геморроя разделяются на острые и хронические (таблица 1).

Таблица 1

Состояние геморроидальных узлов	Общее число больных	Возраст		
		до 30 лет	31—50 лет	старше 50 лет
Острое осложнение				
Воспаление и выпадение (ущемление) гемор- роидальных узлов с тромбозом	92	20	45	27
Воспаление геморроидальных узлов с пере- ходом на окружающие ткани	8	3	3	2
Хроническое осложнение				
Геморрой с периодическим кровотечением . .	30	4	18	8
Геморрой и хронический парапроктит	14	3	5	6
Геморрой и трещины заднего прохода	16	4	6	6
Геморрой и выпадение слизистой прямой кишки	16	—	7	9

Из 92 больных с воспалением (ущемлением) геморроидальных узлов у 74 осложнению предшествовали: тяжелая физическая работа, задержка стула, прием алкоголя, а у 18 причину выявить не удалось.

Лечение воспаленных и тромбированных геморроидальных узлов остается спорным. Одни авторы придерживаются консервативного лечения, другие предпочитают активное хирургическое. Мы являемся сторонниками активного метода.

При поступлении больных с воспалением геморроидальных узлов (кроме некроза) после обезболивания вокруг ануса 1/4% раствором новокаина с добавлением 1 см³ 1% морфина и по 500 тыс. ед. пенициллина и стрептомицина производим осторожное вправление. После этого в просвет прямой кишки через катетер вводим дюрантовую смесь (Anaesthesini 4,0; Novocaini 8,0; Sp. Benz. 22,0; Olei Helianthi 180,0) в количестве 5—6 см³ и накладываем Т-образную повязку. Больным назначаем опий по 8 капель 3 раза в день, строгую диету в течение 4—5 дней (чай, бульон, кисель).

После стихания воспалительного процесса больных оперируем. Во время операции иссекаются тромбированные вены, удаляются тромбы, и рана зашивается кетгутowymi швами. В послеоперационном периоде назначались антибиотики, антикоагулянты (под контролем протромбинового индекса), опий и соответствующая диета. Нами оперировано 36 больных с хорошими исходами.

При других формах хронического осложненного геморроя (трещинах, выпадении слизистой, полипах, хроническом парапроктите) проводили одновременно операцию по поводу геморроя и его осложнений. Исходы были благоприятными.