

Анализ крови до лечения: RW—отрицательная; эритроциты—4900000; гемоглобин—68%; лейкоциты—4800; эозиноф.—1, нейтроф. юн.—1, пал.—6, сегм.—47, лимфоц.—44, моноциты—1%; после лечения: RW—отрицательная; эритроциты—5600000; гемоглобин—72%; цветн. показ. 0,64; лейкоциты—4900, эозиноф.—1, нейтроф. юн.—1, пал.—7, сегм.—46, лимфоц.—43, моноциты—2%.

После 6 инъекций у больного стали гнуться пальцы на ногах, уменьшилась отечность, появилась нормальная болевая чувствительность и усиленное выделение гноя, которое после 17-й инъекции совсем прекратилось. Цианотичная окраска кожи почти исчезла, движения в голеностопном суставе и суставах пальцев свободные. Температура обеих стоп равномерная, пульсация артерий на обеих стопах хорошая. Боль при пассивных и активных движениях исчезла. Необходимость в ампутации голеней отпала.

У больного самочувствие хорошее, жалоб не высказывает. Настроение ровное, несколько угнетенное; бредовые идеи остались, но не яркие, и высказываются только при навоящих вопросах. Охотно работает по трудтерапии.

За время терапии плацентарной кровью больной другими методами лечения не пользовался. Больной при больших дозах давал явления психического раздражения, однако быстро проходящие.

Из клиники неотложной хирургии Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (зав. проф. Г. М. Новиков).

К КАЗУИСТИКЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА.

Ф. Я. Благовидов.

Пищевод представляет собой наиболее ранимый отдел пищеварительного канала, куда всего чаще попадают инородные тела. Литература настолько богата казуистикой попадания инородных тел в пищевод, что, казалось бы, и не стоило приводить лишнего случая. Тем не менее каждый больной подобного рода представляет известный интерес по своим особенностям, почему мы и считаем необходимым опубликовать свой случай.

Б-ная Н-ва, 59 л., замужняя, работница. Поступила в клинику 14/1 1936 г. с жалобами на общую слабость, кровавую рвоту и кровавый понос. Считает себя больной с 31/III 1935 г. Во время еды кроличьего мяса проглотила косточку. Косточка продвигалась по пищеводу с большим трудом и болью. Больная отчетливо чувствовала прохождение ее до подложечной области. Последующие дни она неоднократно обращалась к специалистам. Три раза больную рентгеноскопировали, но безрезультатно. 12/1 больная, несмотря на сильные позывы, стула добиться не могла и была вынуждена прибегнуть к пальцевому удалению

кала, причем вместе с калом она вытащила застрявшую в заднем проходе кроличью косточку. В судне больная обнаружила алую кровь и окрашенный в черный цвет кал. Больная с трудом добралась до постели, а спустя полчаса у нее появилась кровавая рвота. 13/1 больная из-за слабости не могла встать с постели. Имела один раз стул, кал окрашен в черный цвет. В 2 часа ночи доставлена станцией скорой помощи в нашу клинику.

Б-ная правильного телосложения, ослабленного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки резко малокровны. Со стороны сердца—явления миокардита и шум у верхушки. Пульс 80 ударов в минуту, малого наполнения, ритмичный. Легкие эмфизематозно расширены, границы мало подвижны. Перкуторно—коробочный звук. Число дыханий—18. Живот мягкий, безболезненный. Назначено: лед на живот и эрготин под кожу.

15/1 утром кровавая рвота, внутривенное вливание 5 к. см 10% раствора хлористого кальция и трансфузия 200,0 крови. В 3 часа дня больная скончалась при явлениях острого малокровия.

Протокол вскрытия. На аутопсии обнаружено: резкая бледность кожи и слизистых оболочек. Посмертные явления отсутствуют. Полость черепа—норма. Полость груди—аорта тонкостенна, эластична. Внутренняя поверхность гладкая. На месте отхождения межреберной артерии, ниже уровня бифуркации трахеи, имеется дефект в стенке аорты длиной около 0,5 см, сообщающийся с окружающей полостью, заполненной красновато-бурой массой дурного запаха. Плевра и легкие ничего патологического не представляют. В средней трети пищевода, несколько ниже уровня бифуркации трахеи, имеется линейный гладкий разрыв около 3 см в длину с красноватой окружающей тканью. Через отверстие можно попасть в ту же полость, заполненную красновато-сероватой массой, в которую выходит дефект из стенки аорты. Желудок сильно растянут и опущен. В полости его—сплошные массы сгустков крови (800,0) и небольшое количество жидкой крови. Слизистая всюду не нарушена, гладкая. Двенадцатиперстная кишка переполнена жидкой темно-красной кровью со сгустками. Слизистая цела. Серозный покров слегка красноватый. Петли кишек значительно растянуты, в просвете очень много жидкой крови. 5 экземпляров широкого лентеца. Слизистая всюду цела. Паренхима печени бледновата.

Результат исследования: разрыв стенки пищевода в средней трети. Гнилостный ограниченный медиастинит. Разъедание стенок аорты с последующим обильным смертельным кровотечением. Кровяные сгустки и кровь в желудке и кишечнике без повреждения стенки их. Вторичное малокровие.

Из инородных тел пищевода всего чаще встречаются (по статистике Назарова) кости (35%), зубные протезы (25%), монеты (12,5%), пуговицы (4%) и т. д. Инородные тела с острыми краями при застревании обычно влекут за собой ранение стенок пищевода с последующим ранением крупных сосудов, либо медиастинит с последующим узурированием кровеносных сосудов

(наш случай). Хиари и Фогель отмечают, что при повреждении пищевода инородным телом выше или ниже устья его—инфекция идет горизонтально на гортань, давая главным образом расстройство со стороны дыхания. При локализации повреждений в нижележащих отделах пищевода инфекция распространяется книзу по задней стенке пищевода в заднем средостении, инфицируя плевру, легкое и т. д. Этот воспалительный процесс всего чаще и бывает виновником узурирования стенок кровеносных сосудов с последующим тяжелым кровотечением. Время, необходимое для разрушения сосуда, по мнению Киндлера различно в зависимости от вирулентности инфекции. В среднем 6—14 дней. Из сосудов могут быть повреждены: щитовидная артерия, внутренняя яремная вена, легочная артерия, гортанная артерия, подключичная артерия, сонная артерия и межреберная артерия (последняя чрезвычайно редко).

Смертность при перфорации пищевода по Федорову 25,8%, по Фишеру—26%, по статистике Кимяна на 40 случаев перфорации в 37 случаях был смертельный исход. Проф. Трутнев в своей монографии приводит материал Пулет, в котором из 30 случаев 17 случ. кончились летально вследствие травмирования аорты. В доступной мне литературе я нашел описания отдельных случаев, которые коротко позволю себе привести здесь.

Больная д-ра Крапивина проглотила рыбу кость. Через 3 дня боли при глотании исчезли, но появились кровотечения, от которых больная и умерла. На секции—прободение пищевода и аорты. Случай д-ра Боброва—почти аналогичный. Случай д-ра Дитмана—ранение общей сонной артерии костью вследствие насильственного проталкивания ее. Д-р Красин приводит случай ранения пищевода гвоздем. Для остановки кровотечения применили губку и больная поправилась. Случай д-ра Ковалевского: женщина проглотила рыбу кость полтора года тому назад. В местной больнице два раза пытались протолкнуть кость зондом. Вскоре больная поехала в краевой центр, где, не успев показаться врачам, почувствовала себя плохо. Открылось сильное кровотечение изо рта, и больная погибла. На секции: на уровне дуги аорты имеется нарушение целостности слизистой оболочки пищевода и ранение аорты. Случай д-ра Королева—б-ная погибла на 7-е сутки после прободения пищевода, сопутствующего медиастинита и разрыва дуги аорты. Случай д-ра Веллера—летальный исход через 8 дней. Случай д-ра Киндлер—смерть на 9-й день. Случай проф. Трутнева напоминает предыдущий случай. Б-ной подавился рыбьей костью. Срочная эзофагоскопия. Кость обнаружена на расстоянии 23 см от края верхних зубов, удаление. На 9-й день—смерть в результате обильного кровотечения. Автор дает следующую трактовку своего случая: „инородное тело вызвало развитие острой аневризмы аорты вследствие вовлечения ее в воспалительный процесс, каковой развился благодаря высокой вирулентности инфекции в месте повреждения пищевода“. Данная трактовка наиболее правдоподобна и легко объясняет случай позднего кровотечения после повреж-

дения пищевода. Случай д-ра Кильян—смерть на 11-й день. Наша больная погибла на 16-е сутки после ранения пищевода.

Наш случай является весьма поучительным в диагностическом отношении. Рентгеноскопия, неоднократно производившаяся у нашей больной, была недостаточным диагностическим мероприятием. Необходимо было бы произвести здесь эзофагоскопию, при помощи которой можно было бы поставить точный диагноз. Наш диагноз был ошибочен вследствие того, что больная при поступлении в клинику совершенно не жаловалась на боли при глотании и объективно за короткий срок наблюдения (сутки) мы имели только кровавую рвоту. Это наводило нас на мысль, что в желудке имеется либо эрозия, либо язва в результате бывшего ранения. Исследование лучами рентгена считалось противопоказанным в виду тяжелого состояния больной. Данный случай заставляет лишний раз иметь в виду, что при попадании инородных тел в пищевод рана может коварно не проявлять себя грозными симптомами в течение длительного срока и осложняется медиастинитом с последующим разрушением кровеносных сосудов (образов. аневризм). Естественно, возникает вопрос—можно ли было спасти нашу больную в случае раннего распознавания. Несомненно, если бы больная своевременно была эзофагоскопирована, и кость была бы удалена, то благодаря чрезвычайно большой устойчивости слизистой оболочки пищевода—организм мог бы справиться с ранением стенки. Течение болезни у нашей больной мы объясняем следующим образом: инородное тело (кроличья кость) вонзилось в стенку пищевода, где находилось в течение нескольких дней; этим был вызван пролежень с последующим развитием флегмонозного медиастинита, который захватил аорту и образовал у устья межреберной артерии аневризму, давшую разрыв и повторное смертельное кровотечение.
