

После среднетяжелого и тяжелого миокардита почти у всех сохранялись патологические симптомы.

При физической нагрузке, утомлении некоторые дети предъявляли жалобы на боли в области сердца, сердцебиение, одышку. У 18 детей с явлениями «инфекционного сердца» и у 30 с миокардитом отмечалось изменение характера, раздражительность. Обычно жалобы появлялись спустя 1—2 месяца после выписки из стационара и были связаны с расширением режима или с перенесенными гриппом, ангиной.

Остаточные изменения «инфекционного сердца» через 6 мес. после перенесенной дифтерии исчезли в группе привитых в 73,3%, тогда как в группе неправильно привитых — у 5 из 9 больных, в группе непривитых — только у одного из 9 больных. В двух последних группах изменения исчезали в основном через год после выписки из стационара.

У перенесших миокардит через год после выписки изменения исчезли в группе привитых у 6 из 10, неправильно привитых — у 5 из 13, непривитых только у 3 из 20 больных. Изменения в двух последних группах исчезли через 2—3 года после выписки, а при тяжелом миокардите они сохранились и при обследовании через 4—5 лет.

Дети после перенесенной дифтерии должны освобождаться от школьных занятий по физкультуре на срок 3—6 месяцев при явлениях «инфекционного сердца» и до 2 лет — после перенесенного тяжелого миокардита.

УДК 617.12—081

### Н. Ф. Федоров и Г. П. Петров (Чебоксары). Из опыта лечения ранений сердца

В 1965 г. в хирургическом отделении 2-й Чебоксарской городской больницы было 2 больных с ранением сердца.

1. С., 21 года, доставлена 26/V 1965 г. в 17 час. 50 мин. Общее состояние крайне тяжелое, сознание заторможено, резкая бледность, пульс на лучевой артерии не пальпируется. АД не определяется. Огнестрельное ранение в левой половине грудной клетки, между III—IV ребрами, по среднеключичной линии. Вокруг входного отверстия следы порохового ожога. При рентгенографии в области реберно-диафрагмального угла слева обнаружена пуля. Под местной анестезией произведена торакотомия (Н. Ф. Федоров) с пересечением IV—V—VI реберных хрящей по краю грудины. Из плевральной полости удалено около 1000 мл крови со сгустками. На передней поверхности перикарда — пулевое отверстие  $0,4 \times 0,5$  см. Под перикардом просвечивает кровь. Перикард вскрыт. Выделилось большое количество крови, после чего сердечные сокращения улучшились. Пулевое отверстие  $0,4 \times 0,5$  см на передней поверхности левого желудочка (ближе к левому предсердию) ушито тремя шелковыми швами. На выходное отверстие, находящееся на задней поверхности сердца, наложен один шелковый шов. В это время сердце остановилось. Произведен массаж сердца, сердцебиение возобновилось. Перикард ушит редкими кетгутевыми швами. При дальнейшей ревизии грудной полости обнаружена ссадина на передне-боковой поверхности позвоночника слева на уровне выхода пули из задней стенки сердца и входа в диафрагму. Плевральная полость высушена, вставлена резиновая трубка, рана зашита. Для удаления пули произведена лапаротомия. Пуля обнаружена под париетальной брюшиной между XI и XII ребрами слева и извлечена через дополнительный разрез между этими ребрами. Брюшная полость ушита наглухо. По ходу операции перелито 1200 мл крови и 450 мл полиглюкина.

На 10-й день развилось воспаление левой околоушной железы, закончившееся гнойным расплавлением ее. На 11-й день общее состояние еще более ухудшилось, появились схваткообразные боли в животе, рвота, отрыжка. При релапаротомии установлена спаечная кишечная непроходимость. Произведена резекция 1 м 20 см гангренозно измененной петли тонкой кишки. Выздоровление. При обследовании через 8 месяцев жалоб нет.

2. К., 18 лет, доставлен через два часа после ранения грудной клетки слева. Кожа и слизистые оболочки бледны, с цианотичным оттенком. Пульс на лучевой артерии не пальпируется, АД не определяется, дыхание прерывистое, частое. Тоны сердца глухие. Дыхание слева ослаблено. На передней поверхности груди в III межреберье слева по сосковой линии — колотая рана около 2 см, расположенная перпендикулярно к ребрам. Рана зияет. Кровотечение незначительное.

Сделана левосторонняя ваго-симпатическая блокада по А. В. Вишневскому. Перелито внутриартериально 200 мл, внутривенно 450 мл гидролизина, после чего ритм сердца улучшился, АД поднялось до 110/70. Больной оставался под наблюдением еще около 4 часов.

На рентгенограмме сердечная тень увеличена, имеет форму шара, сердечные талии сглажены. Через 7 часов после поступления больного в стационар АД снова начало падать. Пульс стал слабый, нитевидный, аритмичный.

Под интубационным эфирным наркозом произведена торакотомия. Перикард растянутый, на нем отверстие длиной около 1,5 см, закрытое сгустком крови. Рана перикарда была расширена, кровь и сгустки удалены. Обнаружена рана на передней поверхности левого предсердия, проникающая в полость сердца; из нее бьет кровь фонтаном. На рану наложены три шелковых шва, кровотечение остановилось. Редкие кетгутовые швы на перикард. В плевральную полость между VIII—IX ребрами вставлена резиновая трубка. Рана грудной клетки ушита.

Во время операции дополнительно перелито внутривенно и внутриартериально 1400 мл крови.

Через 47 дней К. выписан в хорошем состоянии. Через 2 месяца обследован повторно, жалоб нет.

УДК 616.5—002.525.2

### С. Я. Порсева и А. И. Селиверстова (Казань). Диссеминированная системная красная волчанка, спровоцированная инсоляцией

Провоцирующими факторами коллагеновых заболеваний, к которым относится и красная системная волчанка, могут явиться нарушения температурного режима, перенесенные инфекции, травмы, сближенные вакцинации, аллергизирующее действие антибиотиков.

Приводим наше наблюдение.

Таня А., 14 лет, поступила 8/XII 1964 г. с жалобами на головную боль, артралгию, резкое похудание, слабость, головокружение, периодические подъемы температуры.

Диагноз при поступлении: ревматизм, миокардит, полиартрит, нефрит.

В мае 1964 г. больная перенесла простудное заболевание. В июне появились периодические боли в мелких суставах конечностей. Лечение не проводилось.

В июле девочка, работая на огороде, уснула на солнцепеке, в результате чего на лице возникла резкая, долго не проходящая гиперемия кожных покровов. Дерматит не поддавался лечению, а общее состояние девочки ухудшалось.

Дважды лечилась в стационаре районной больницы с диагнозом — ревматический полиартрит.

Девочка прогрессивно худела. Ухудшались гематологические показатели, на кожных покровах туловища появились гнойнички, на слизистой твердого неба — некротические язвочки, в моче определялся белок.

Состояние больной тяжелое: истощена, адинамична, на коже нижних конечностей петехии, на тыльной поверхности правой кисти — очаг некроза, на слизистой правой щеки — очажок некроза, эритема на коже спинки носа и щек в форме «бабочки». Суставы не изменены, движения не ограничены. Тахикардия. Сердце расширено влево, на верхушке систолический шум, ритм галопа. В нижнем отделе левого легкого — укорочение перкуторного звука, единичные мелкопузырчатые хрипы. Пальпируется край печени и селезенки. Температура периодически поднималась до 39—40°. АД 130/80—140/80.

Гем. — 34 ед., Э. — 1 540 000, РОЭ — 70 мм/час, Л. — 6650, п. — 29%, с. — 49%, л. — 14%, м. — 8%. Тромбоцитов 105 310, ретикулоцитов 1,8%.

В моче белок — 0,33%, в осадке — эритроциты в значительном количестве. Остаточный азот крови — 43,4 мг%. Общий белок крови 3,77 мг%. Сиаловых кислот 0,34 ед. С-реактивный белок +++.

Посев крови стерилен. Клетки красной волчанки не обнаружены.

Предпринятая терапия стероидными гормонами, антималярийными препаратами, антибиотиками тетрациклинового ряда не принесла успеха.

На 7-й день пребывания в стационаре девочка потеряла сознание, появились клонико-тонические судороги. Произведена спинномозговая пункция. Ликвор мутноватый. Реакция Панди ++++. Белок 1,32%. Цитоз 128. Нейтрофилы 25—35 в поле зрения.

На 8-й день девочка скончалась, не приходя в сознание.

Клинический диагноз: системная красная волчанка. Сепсис, гнойный менингоэнцефалит, нефрит, пневмония, истощение, анемия как проявление основного заболевания.

Таким образом, аутопсия подтвердила правильность клинического диагноза.

УДК 615.38/39—616—08—06

### И. И. Ключев и И. Н. Пиксин (Саранск). Осложнения при внутриартериальном нагнетании крови

При выведении больных из терминального состояния, наступившего вследствие профузных маточных кровотечений, мы дважды встретились с тяжелыми осложнениями.

Г. В., 29 лет, доставлена на 6-й день после родов из участковой больницы в хирургическое отделение Республиканской больницы.