

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.

31/I 1965 г. у больной было обильное послеродовое кровотечение. Исчез пульс. АД не определялось. После установления группы крови донора и больной, а также проведения проб на совместимость, путем пункции правой плечевой артерии больной перелито 500 мл консервированной одногруппной крови [А (II) группы]. К концу внутривенного переливания больная стала жаловаться на сильные боли в правой руке. В это время было отмечено побледнение кожи, похолодание кисти и исчезновение пульса на лучевой артерии. В артерию было введено 20 мл 0,25% новокаина, игла извлечена, кровотечение из места пункции остановлено путем прижатия артерии пальцем. Произведена перивенная и футлярная (в средней трети плеча) новокаиновая блокада, наложен компресс с мазью Вишневского. После улучшения общего состояния больная 5/II 1965 г. доставлена в Республиканскую больницу.

При поступлении состояние тяжелое. Бледность кожных покровов, температура 37,8°, пульс 92, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на 15 см выше лона. Из влагалища кровянистые выделения. В области промежности — нагноившаяся рана. Правая верхняя конечность отекает, кожа бледна, холодна на ощупь. Пульсация на правой лучевой артерии отсутствует. В средней трети плеча и в области локтевого сгиба нагноившиеся раны 1×4 см. Кисть висит, разгибание ее невозможно, движения и чувствительность в пальцах отсутствуют. Некроз II пальца и концевых фаланг I и III пальцев, на кисти ограниченные участки некроза кожи.

После образования демаркационной линии 19/III 1965 г. произведена некрэктомия II пальца на уровне основной фаланги и концевых фаланг I и III пальцев правой кисти. Движения в пальцах восстановились. 29/III 1965 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии.

2. К., 32 лет, поступила в I хирургическое отделение 5/V 1965 г. с жалобами на боли в правой кисти и нарушение ее функции. 15/III 1965 г. была произведена экстирпация матки под эфирно-масочным наркозом по поводу послеродового атонического кровотечения. Во время операции у больной упало АД до нуля. Была обнажена правая плечевая артерия в средней трети плеча и путем пункции перелито 500 мл одногруппной крови [0 (I) группы]. После окончания действия наркоза больная стала жаловаться на боли в правой верхней конечности.

Кожа правой кисти и предплечья бледна, холодна на ощупь, пульс на лучевой артерии не определяется, разгибание кисти и движения в пальцах отсутствуют. Сделана футлярная новокаиновая блокада в области правого плеча, на предплечье наложен компресс с мазью А. В. Вишневского. Через сутки боли в конечности стихли, появился пульс на лучевой артерии, но движение в кисти не восстановилось.

При поступлении в Республиканскую больницу отмечена атрофия мышц правой верхней конечности. Разгибание правой кисти ограничено, установка напоминает «когтистую лапу». Разогнуть II и V пальцы не может, отведение и противопоставление I пальца невозможно. Кисть уплощена, кожа истончена, синюшна, кожная температура понижена. Гипестезия по передне-внутренней поверхности предплечья и на всей кисти. Заключение невропатолога: травматический плексит правого плечевого сплетения с повреждением локтевого, лучевого и срединного нервов. Функция кисти восстановилась только через 8 месяцев.

Мы полагаем, что некроз пальцев у первой больной наступил от расстройства кровообращения конечности вследствие спазма сосудов и эмболии периферических артерий. У второй больной при выделении плечевой артерии хирургом, вероятно, был травмирован нервно-сосудистый пучок плеча.

УДК 616.34—007.43—031.611.957—616—001.3

И. П. Петров (Чувашская АССР). Самопроизвольный разрыв правосторонней паховой грыжевой опухоли с выпадением слепой и тонкой кишок

2/IV 1959 г. в 12 час. 00 мин. была доставлена больная П., 54 лет, в тяжелом состоянии. Больная 6 лет назад была оперирована по поводу запущенной ущемленной паховой грыжи. Через год наступил рецидив. Грыжевая опухоль, постепенно увеличиваясь, достигла величины с голову взрослого человека.

1/IV в 23 часа кожа в области грыжевой опухоли разорвалась, причем выпали петли кишок.

В области верхнего латерального полюса грыжевой опухоли — круглое отверстие 6×5 см, через которое выпали слепая кишка с червеобразным отростком и 45 см подвздошной кишки. Выпавшие петли кишок резко вздуты, их серозная оболочка гиперемирована, тусклая, высохшая. Местами на ней и на брыжейке — фибриновые налеты и загрязнения.

Больная была оперирована под местной анестезией. Экзематозно воспаленная кожа в области грыжевой опухоли иссечена. Произведена резекция слепой кишки с червеобразным отростком и подвздошной кишки (45 см). Анастомоз наложен по тилу конец в конец.