

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.

Пластика пахового канала произведена по способу Бассини, в нижнем отделе раны к пупартовой связке подшита прямая мышца живота.

16/IV больная выписана в хорошем состоянии. Осмотрена в октябре 1962 г. Рецидива грыжи нет. Трудоспособность сохранена.

УДК 616.906.38.03

### В. Е. Бусарев (Казань). Болезнь Реклингаузена у родных сестер

Н., 38 лет, поступила в нейрохирургическое отделение Казанского НИИТО 15/VI 1963 г. с жалобами на отсутствие активных движений в ногах, непостоянные острые боли в нижнегрудном отделе позвоночника, частое мочеиспускание. Боли появились 2 года назад без видимой причины. Через 1,5 года от начала заболевания на 32-й неделе беременности больная отметила нарастающую слабость в ногах, обострение болей и задержку мочеиспускания. Вскоре после нормально прошедших родов наступил полный паралич нижних конечностей. За 12 лет до начала заболевания больная дважды была оперирована. Были удалены нейрофиброматозные узлы, располагавшиеся в подкожно-жировой клетчатке правого плеча и на передней поверхности грудной клетки слева.

Больная среднего роста, упитанность удовлетворительная. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. В правой подвздошной области пальпируется болезненное опухолевидное образование  $6 \times 4$  см, плотной консистенции, подвижное.

Черепномозговая иннервация и верхние конечности без патологических отклонений. Спастическая нижняя паралич с выпадением всех видов чувствительности по спинальному типу с XI грудного сегмента. Нижние брюшные рефлексы не вызываются. Нарушены функции тазовых органов (недержание мочи и затруднение дефекации).

На обзорных рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника в двух проекциях выявлены изменения типа деформирующего спондилеза.

Диагноз: Болезнь Реклингаузена со сдавлением спинного мозга на уровне  $D_9$ — $D_{10}$  позвонков; нейрофиброматозный узел в правой подвздошной области.

3/VII 1963 г. под местной анестезией произведена ламинэктомия  $D_9$ — $D_{11}$  позвонков.

После вскрытия твердой мозговой оболочки на задне-боковой поверхности спинного мозга обнаружена экстрадуральная инкапсулированная опухоль овальной формы, размерами  $5 \times 2,5$  см. Опухоль удалена целиком.

Гистологический диагноз—невринома.

В ближайшем послеоперационном периоде началось восстановление функций спинного мозга (появились активные движения в коленных и голеностопных суставах, восстанавливаются все виды чувствительности).

14/VIII 1963 г. больная была переведена в неврологическое отделение для долечивания.

Сестра больной А., 30 лет, в течение 13 лет страдает нейрофиброматозом. У нее процесс также обострился после родов. К имевшимся ранее множественным нейрофибромам туловища присоединился синдром, характерный для кранио-verteбральной локализации процесса, что в последующем привело к гидроцефалии и амврозу.

Ввиду необратимости развившихся изменений оперировать больную не представлялось возможным.

Таким образом, данное наблюдение подтверждает справедливость положения о том, что наследственный фактор может иметь некоторое значение в патогенезе нейрофиброматоза. У обеих сестер поражение центральной нервной системы выявилось на фоне беременности. По-видимому, значительная гормональная перестройка привела к усилению роста опухоли.

УДК 615.7—618.21.7

### И. Д. Львовская и Г. П. Просвирина (Саратов). Опыт применения фурагина в акушерско-гинекологической практике

В профилактических целях препарат вводился при различных оперативных вмешательствах в брюшную полость в количестве 150—200 мл раствора 1:13 000.

Температурная реакция выше  $38,5^\circ$  наблюдается у меньшего числа больных по сравнению с больными, у которых применялись антибиотики.

После отсасывания воспалительных выпотов иглой, проводимой через задний свод влагалища, введение фурагина (вместо антибиотиков) высокоэффективно. При этом методе мы вводили его вместе с 50—80 мл 0,25% раствора новоканна.

Наблюдалось положительное влияние фурагина и при трихомонадных поражениях влагалища. Хорошие результаты получены также у больных с декубитальными язвами на почве пролапса влагалища. Фурагин быстро ликвидирует патогенную флору и ускоряет возможность оперативного лечения.

Положительный эффект установлен и при использовании указанного раствора фурагина для орошения инфицированных трещин сосков в послеродовом периоде.