

С. В. Кульнев и А. В. Горшков (Пенза). Опыт лечения терминальных состояний

В Пензенской областной больнице с 1955 г. лечебные мероприятия при терминальных состояниях проведены 78 больным, со стойким положительным эффектом у 39.

Причинами терминальных состояний были: операционная травма — у 36, механическая — у 24, интоксикация — у 7, острые хирургические заболевания брюшной полости — у 6, кровотечения — у 3, тромбоз легочной артерии — у 2 больных.

С явлениями коллапса было 27, шока III—IV ст. — 26, агонии — 13, состояния клинической смерти — 6 больных.

Внутриартериальное нагнетание крови применено у 76 больных, интубация с искусственным дыханием — у 65, массаж сердца — у 11, дефибриляция — у 2, трахеостомия — у 3 и внутрикардиальное введение лекарств — у 14.

Лучшие результаты получаются при сочетании мероприятий, например, прямого массажа сердца и внутриартериального нагнетания крови.

При внутриартериальном нагнетании крови хороший эффект мы получили у 38, временный — у 15, и эффекта не было у 23 больных. Из 27 находившихся в состоянии коллапса стойкий эффект получен у 19, из 26 находившихся в состоянии шока III—IV ст. — у 15, из 18 бывших в агонии — только у 4.

У 55 больных кровь переливалась в заднеберцовую артерию, у 11 — в плечевую, у 8 — в бедренную, у 6 — в локтевую и у одного — в левый желудочек сердца. Неизменный успех, постоянный или временный, получался при переливании в бедренную артерию, в особенности при тяжелом шоке или агонии.

Массаж сердца нами был применен у 12 больных, и у 10 мы получили восстановление деятельности сердца постоянно или временно. К массажу сердца прибегали только в тех случаях, когда визуально, например, во время операции на нем или органах грудной полости, видели угасание его функции или когда констатировали остановку его деятельности при шоке, кровопотере и т. д. При коллапсе массаж сердца был применен только у одного, при тяжелом шоке — у 3, из находившихся в агонии — у 3 и при клинической смерти — у 5 больных. Массаж сердца, как правило, проводился открытым способом при вскрытой грудной полости и вскрытом перикарде.

Массаж сердца производился от 30 мин до часа. При массаже сердца, по нашим данным, достаточно массажа левой его половины. У одного больного мы проводили массаж путем т. н. «сдаивания» — когда рука, сжимающая сердце, скользит от его основания к верхушке; как нам кажется, такая методика приводит к более быстрому восстановлению деятельности сердца.

Из 78 больных у 65 применялось искусственное управляемое дыхание. У 25 наших больных восстановление угнетенных жизненных функций мы начали с восстановления дыхания методом интубирования и вентиляции легких чистым увлажненным кислородом или смесью его с воздухом. Наибольшая длительность искусственного дыхания у больной М., 20 лет, составляла 89 часов. Трахеостомия была применена трижды неизменно с хорошим результатом.

Канд. мед. наук З. А. Топчашвили (Москва). Перфорация желчного пузыря при холециститах

В больнице им. С. П. Боткина за 13 лет (1948—1960) наблюдалось 78 перфораций желчного пузыря на 1516 операций по поводу острых (616) или хронических (900) холециститов.

Острая перфорация в свободную брюшную полость наблюдалась у 18 больных, подострая прикрытая перфорация или перипузырный абсцесс — у 60, хроническая перфорация с образованием желчно-кишечного свища — у 21.

Средний возраст больных с острой перфорацией — 55 лет (от 20 до 85). Мужчин было 5, женщин 13.

У 8 больных перфорация пузыря наступила в первые сутки от начала приступа болей. У всех живот был болезнен и напряжен, но симптомы раздражения брюшины были далеко не такими выраженными, как этого можно было бы ожидать. Предоперационный диагноз был поставлен только у 11 больных. Калькулезных холециститов было 13, некалькулезных — 5. При операции у всех было обнаружено большое количество желчи и гноя в брюшной полости. У одной больной вынужденно пришлось ограничиться отсасыванием гноя из брюшной полости и широкой тампонадой, у 5 больных холецистэктомия сочеталась с холедохотомией и удалением камней, у остальных произведена холецистэктомия.

Из группы больных с подострой прикрытой перфорацией и перипузырным абсцессом умерло 17 (из 60). Средний возраст — 57 лет (от 31 до 74 лет), женщин было 41 и мужчин 19. Относительно 13 больных не известно, чтобы у них в прошлом было заболевание желчного пузыря, у остальных был хронический рецидивирующий холецистит с продолжительностью от 2 мес. до 30 лет. Острые симптомы отсутствовали у 7 больных, а у остальных — совершенно типичная для острого холецистита симптоматика. У 18 больных была выраженная желтуха с камнями в общем желчном протоке, гангренозно-перфоративный холецистит с перипузырным абсцессом. У них холецистэктомия сочеталась с холедохотомией. У 7 больных желтуха была связана с острым холангитом и холангиолитом. У 21 больного в верхнем правом квадранте живота прощупывалась «плотноватая масса» — воспалительный инфильтрат и у всех (за исключением 6) при пальпации было констатировано напряжение стенки в правом верхнем квадранте. У 3 больных дифференцирование между желче-пузырным и аппендикулярным инфильтратом не представлялось возможным. До операции только у 17 больных предполагалась возможная перфорация, у 3 был поставлен диагноз — абсцесс печени и подпеченочный абсцесс, у 2 — непроходимость кишечника. Камни в пузыре были найдены у 48 больных.

У 6 больных сразу же при вскрытии брюшной полости был обнаружен абсцесс, и операция ограничивалась опорожнением гнойника, дренированием желчного пузыря и отгораживанием его тампонами. Острый деструктивный холецистит с одиночными или множественными абсцессами печени и гнойным панкреатитом был у 5 больных.

Канд. мед. наук Д. В. Помосов (Ленинград). О гастрогенной тетании

Хотя гастрогенная тетания — тяжелейшее осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — впервые описана в 1869 г., однако широкому кругу врачей она недостаточно известна.

Наблюдавшийся нами больной Р., 47 лет, поступил 10/X 1961 г. в тяжелом состоянии без сознания с выраженным двигательным возбуждением и рвотой.

Болен язвенной болезнью с 1945 г. В 1947 г. был оперирован (ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки). С конца сентября 1961 г. наступило очередное обострение язвенной болезни: усилились боли, появились упорные рвоты.

Выраженное похудание. Кожные покровы бледны, тургор кожи резко понижен. Пульс — 100, удовлетворительного наполнения. АД — 110/70. Органы грудной клетки без отклонений от нормы. Живот правильной формы, мягкий, слегка болезненный в подложечной области, шум плеска. Печень, селезенка, почки не прощупываются. Непроизвольное мочеиспускание.

Зрачки узкие, реакция их на свет сохранена. Умеренно выражены симптомы Хвостека и Труссо.

Остаточный азот крови — 129 мг%, билирубин сыворотки крови — 0,84 мг%. Хлориды крови — 351 мг%, Hb — 69%, Э. — 3 750 000, Л. — 11 000, н. — 83%, л. — 10%, м. — 7%, РОЭ — 26 мм/час.

Моча: уд. вес — 1013, белка 0,363%, гиалиновые цилиндры 0—1—2, лейкоциты 1—2—4, эритроциты 0—1—3 в поле зрения.

Суточный диурез — 480 мл. За сутки с мочой выделилось 2,0 хлористого натрия. Диагноз: гастрогенная тетания.

Внутривенно введено 3000 мл физиологического раствора, 200 мл 5% раствора глюкозы с инсулином. Сделано переливание крови, даны антибиотики. Произведена аспирация желудочного содержимого.

Состояние больного постепенно начало улучшаться: больной пришел в сознание, прекратились рвоты и двигательное возбуждение.

27/X 1961 г. Гем. — 69%, Э. — 3 780 000, Л. — 6000, н. — 72%, б. — 0,5%, л. — 17%, м. — 10,5%. РОЭ — 53 мм/час. Хлориды крови — 450 мг%. Остаточный азот крови — 36 мг%. Сахар крови — 95 мг%.

Моча: уд. вес — 1019, белок — 0,033%, лейкоциты — 1—2—3 в поле зрения, суточное количество мочи — 3000—3500 мл.

17/XI 1961 г. произведена резекция двух третей желудка по Гофмейстер — Финстереру. Послеоперационный период осложнился образованием дуоденального свища. Проводилось консервативное лечение. Свищ закрылся.

В удовлетворительном состоянии 14/XII 1961 г. больной выписан.

И. М. Гринзайд, В. Н. Лебедева, Н. Т. Самусевич (Куйбышев-обл.). Бактериологические и серологические показатели при различных формах и стадиях брюшного тифа

Клиническая картина брюшного тифа и паратифов претерпела за последние годы изменения в сторону увеличения удельного веса легких, стертых и атипичных форм, что связывается с широким применением антибиотиков и вакцинопрофилактикой.

Под нашим наблюдением в 1959—1960 гг. находилось 92 больных брюшным тифом, 6 — паратифом «А», 4 — паратифом «В». Большинство было в возрасте 11—20