

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 желчепузырным 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%, Нб — 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

лет (36) и 21—30 лет (37). В результате клинического изучения 8 были отнесены к амбулаторной форме, 15 — к легкой, 57 — к заболеваниям средней тяжести и 22 — к тяжелым.

Осложнения наблюдались у 14 больных (у 3 — кишечные кровотечения). Летальных исходов не было. 87 человек подвергались лечению левомицетином, синтомицином, стрептомицином с первых дней пребывания в стационаре до десятидневного срока нормализации температуры включительно. Клинический диагноз получил бактериологическое подтверждение у 69 больных (67,6%), у 21 (20,5%) — только серологическое, у 12 (11,9%) диагноз «брюшной тиф» поставлен лишь на основании клинических данных. На основании проделанных исследований можно заключить:

1. При современных клинических формах брюшного тифа в условиях применения антибиотиков метод гемокультуры и реакция Видяля сохраняют диагностическое значение.

2. У тифо-паратифозных больных, не подвергавшихся лечению антибиотиками, величина бактериемического индекса возрастает пропорционально тяжести инфекционного процесса. Наибольшие различия в интенсивности бактериемии при заболеваниях различной тяжести отмечаются во II ст. заболевания (разгар болезни).

3. Индекс бактериемии, определяемый по методике Ралопорт, может быть использован в качестве дополнительного показателя для клинико-бактериологической характеристики тифо-паратифозных заболеваний.

4. Лечебное применение антибиотиков вызывает заметное снижение индекса бактериемии и высеваемости возбудителей из крови больных.

5. При заболеваниях брюшным тифом различной тяжести не обнаруживалось существенных различий в интенсивности и динамике выработки брюшнотифозных «О» и «Н»-агглютининов.

6. При лечении брюшнотифозных больных левомицетином (синтомицином) не удалось обнаружить повышения устойчивости возбудителя к этому препарату.

7. Большинство подвергнутых фаготипированию брюшнотифозных штаммов, выделенных в Куйбышеве в 1958—1960 гг., принадлежит к фаготипам «Е» и «А».

Э. Н. Ситдыков (Казань). Эхинококковая киста простаты

Поскольку эхинококковые кисты предстательной железы могут подать повод к смешению их с другими заболеваниями, не лишено интереса следующее наблюдение: К., 54 лет, поступил в клинику 11/VIII с диагнозом «аденома простаты, острая задержка мочи». Выпущенная резиновым катетером моча цвета мясных помоев.

Простата резко увеличена, плотная, границы не определяются, поверхность неровная. Наружные половые органы без особенностей.

Заподозрен рак простаты.

При дальнейшем наблюдении в моче были обнаружены эхинококковые крючья, несколько дочерних пузырей.

19/VIII произведено высокое сечение мочевого пузыря. На задней стенке его, ближе к шейке, обнаружено перфорационное отверстие, пропускающее кончик мизинца. Отверстие расширено, дочерние пузыри и хитиновая оболочка удалены. Полость кисты размером с мужской кулак обработана 2% раствором формалина в глицерине и дренирована широкой резиновой трубкой. Рана пузыря сужена до дренажной трубки.

10/IX больной выписан в хорошем состоянии с самостоятельным мочеиспусканием.

А. А. Беляков (Саранск). Применение спирто-новокаиновой блокады в комплексном лечении плече-лопаточного периаартрита

В стационаре и амбулаторных условиях наблюдалось 45 мужчин и 9 женщин с плече-лопаточным периаартритом.

У всех отмечались диффузная атрофия мышц плечевого пояса и болезненные точки при надавливании: 1) в области клювовидного отростка и 2) в районе прикрепления сухожилия дельтовидной мышцы к плечевой кости.

В эти точки после местной анестезии вводилось по 5 мл свежеприготовленной спирто-новокаиновой смеси (новокаин 2,0; спирт-ректификат 80,0; дистиллированная вода 20,0). После этого накладывалась повязка Дезо из мягкого бинта на 1—2 дня. На второй день после введения спирто-новокаинового раствора применялись электрофорез с йодистым калием, диатермия или УВЧ, парафин и др., а также лечебная физкультура и массаж мышц плечевого пояса.

Средняя продолжительность стационарного лечения — 15—20 койко-дней, амбулаторного — 20—25. После введения спирто-новокаинового раствора у 50 больных резкие болевые ощущения в суставе исчезли на второй день. У 4 человек боли уменьшились; через 5—6 дней им производилась повторная блокада, после которой боли исчезали. В дальнейшем восстанавливалась и функция.