

участку кишки брыжейка отечна с сильно увеличенными лимфатическими узлами. Перистальтика на измененном участке отсутствует, выше же кишка вздута и перистальтика усилена. Толстый кишечник в спавшемся состоянии. Червеобразный отросток удален обычным путем. Гистологически отросток без патологических изменений. Брыжейку воспаленного участка кишки инфильтрировали раствором пенициллин-новокаина, рану послойно зашили наглухо. На 8-й день после операции И. выписан в удовлетворительном состоянии.

При острой форме регионарного илеита сравнительно быстро развивается общий перитонит, картина которого полностью затухивает симптомы основного заболевания.

У одного пациента, 20 лет, острый илеит симулировал клинику острого аппендицита.

Нам удалось добиться полного выздоровления без резекции пораженных участков тонкого кишечника, хотя некоторые авторы рекомендуют при острых формах илеита производить удаление измененного отдела кишечника в пределах здоровых тканей или прибегать к илеоколотомии.

УДК 616.344—002

И. Н. Закиев (Шафраново, Баш. АССР). Болезнь Крона у больного туберкулезом легких

С., 52 лет, поступил 27/VI 1964 г. по поводу подострого гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких, который был обнаружен в январе 1964 г.

27/VII 1964 г. на фоне относительно благополучного течения туберкулезного процесса больной стал жаловаться на неприятные ощущения в желудке, урчание и вздутие живота, жидкий стул.

Живот вздут, напряжения не отмечается, симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный; 29 и 30/VII стула и газов не было, метеоризм нарастал. Симптомы раздражения брюшины отсутствовали. С 31/VII после двух очистительных клизм и лечения синтомицином температура нормализовалась, газы отошли, стул стал регулярным.

7/IX у больного внезапно появились сильные боли в животе, рвота. Живот вздут и напряжен, газы не отходят. Пульс 120, температура 36°. Напряжение брюшной стенки нарастало, появился симптом Щеткина — Блюмберга, перистальтика кишечника не прослушивалась.

7/IX в 13 час. 45 мин. без точного диагноза (кишечная непроходимость неясного происхождения) произведена лапаротомия (Л. Н. Назаров).

В брюшной полости жидкий гной с хлопьями. Тонкий кишечник на протяжении 45 см в спавшемся состоянии, с несколько утолщенными стенками. Брюшина над этим участком гиперемирована, местами покрыта фибрином. На проксимальном конце спавшегося участка — резкое сужение просвета кишки в виде рубцово-фиброзного кольца, которое с трудом пропускает кончик сложенного пинцета. Выше спавшегося участка тонкий кишечник резко вздут. Участок тонкой кишки длиной 45 см резецирован. Наложен анастомоз бок в бок. После осмотра удаленного участка кишки поставлен послеоперационный диагноз — болезнь Крона, подтвержденный при патогистологическом исследовании.

Послеоперационный период у больного протекал тяжело. Рана заживала очень вяло, полное зарубцевание произошло лишь к 15/I 1965 г., с образованием небольшой послеоперационной грыжи выше пупка.

УДК 616—001.17—616—001—612.015.3

В. Н. Гуляев и В. И. Рубин (Саратов). Некоторые показатели азотистого обмена и обмена аскорбиновой кислоты у больных с гранулирующими ранами

У 200 больных с обширными гранулирующими ранами мы определяли содержание общего белка, аминокислоты и мочевины в крови и экскрецию общего азота, мочевины, аминокислоты, аммиака и аскорбиновой кислоты с мочой. Исследования производили при поступлении, в стадии разгара клинических явлений и в процессе лечения, а также при трансплантации ауто- и гомокожи на обширные гранулирующие поверхности.

Одну группу больных лечили только белковым питанием, вторую — введением белковых препаратов, сывороток и плазмы крови, третью — переливаниями крови; четвертая группа, наряду с вышеуказанными средствами борьбы с гипопротемией, получала большие дозы аскорбиновой кислоты.

Изменения биохимических показателей мы сопоставляли с данными других лабораторных исследований (сдвигов в формуле белой крови, цитограмм раневого отделяемого, гистологической картины грануляций) и с клиническим течением болезни, в частности с ходом приживления пересаживаемых трансплантатов, характером температурной кривой и пр.

Как правило, у всех обследуемых больных обнаруживалось в основном понижение уровня белка сыворотки крови, аминокислот и содержания аскорбиновой кислоты.

Согласно нашим наблюдениям пониженная реактивность и снижение регенеративных способностей организма больных с обширными гранулирующими ранами зависят в первую очередь от нарушения белкового обмена и не могут быть нормализованы простым восполнением белковых потерь. Наиболее эффективными являются общепринятые лечебные мероприятия по борьбе с гипопроотеинемией в сочетании с введением больших доз аскорбиновой кислоты. Концентрация аскорбиновой кислоты в крови и моче у больных, получающих такое лечение, до известной степени коррелируется с уровнем белков крови. Степень насыщенности ею может являться показателем эффективности применяемой терапии.

УДК 615—099

И. С. Болотовский (Казань). Развитие психоза при отравлении астматолом

Астматол — холинолитическое средство группы атропина, применяемое при бронхальной астме. Психозы на почве отравления атропином встречаются сравнительно редко. Приводим наше наблюдение.

И., 1944 года рождения, поступил в психиатрическую больницу 27/V 1965 г. Будучи пьяным, выпил с целью самоубийства крепкий настой астматолола (по одним данным — четверть пачки, по другим — 75 г). Развилось психотическое состояние: был дезориентирован, беспокоен, что-то ловил в воздухе, тянул изо рта «нити», подносил ко рту «папиросу», был растерян, быстро и бессвязно говорил. Службой скорой помощи доставлен в стационар. При поступлении растерян, тревожен. Жалуется на понижение зрения (все видит расплывчато). Зрачки широкие, на свет не реагирует. Терапевтом диагностирована острая интоксикация астматолом: расширенные зрачки, сухость слизистых, синусовая аритмия, функциональный систолический шум на верхушке сердца.

Ночью больной был беспокоен, испытывал страх, тревогу. Отмечались галлюцинационные (преимущественно зрительные) переживания, отрывочная бредовая симптоматика. Видел массу тараканов, которые ползали по полу и стенам, страшные рожи, испытывал на себе действие аппаратов, высказывал опасения, что его убьют, что против него готовится заговор. Ночью не спал.

Через 48 часов психопатологическая симптоматика уже не выявлялась. Сон и аппетит достаточные. Интеллект без особенностей, соответствует полученному образованию, жизненному опыту. Обстановкой лечебницы тяготится, настаивает на выписке. Проведено дезинтоксикационное и общеукрепляющее лечение. Прогноз благоприятен.

УДК 615—099

Г. В. Зайцев (с. Шиганы, Куйбышевской области). Отравление хлороформом при приеме внутрь

С., 34 лет, и Л., 37 лет, поступили в больницу 18/IX 1962 г. в 0 час. 45 мин. Со слов очевидца они незадолго перед этим по ошибке выпили по 70 мл хлороформа. Искусственно вызвали рвоту, но через 3—4 мин. оба впали в глубокий сон.

Приводим историю болезни С. Больной в состоянии глубокого наркотического сна. Кожные покровы бледные, с синюшным оттенком, холодный пот. Дыхание хрипящее, 9—10 в мин., пена у рта, сильный запах хлороформа изо рта. Зрачки резко расширены, реакция на свет отсутствует, склеры сухие, корнеальный рефлекс не вызывается. Язык сухой с белым налетом, западает. В легких сухие рассеянные и влажные мелкопузырчатые хрипы, особенно в нижних отделах. Тоны сердца едва слышны, пульс 40, временами исчезает, АД не определяется. Живот мягкий, мышечного напряжения нет, перистальтика ослаблена.

Больной обложен грелками, введены сердечные. Перелито 250 мл крови 0 (I) гр. Внезапно состояние резко ухудшилось: дыхание стало хрипящим, больной посинел, пульс стал едва ощутимым. Сделана интубация. Проведена в полном объеме терапия, направленная на ликвидацию нарастающего отека легких. Через интубационную трубку отсасывалась пенная жидкость с примесью крови. По ликвидации отека легких перелито внутривенно 1000 мл 5% раствора глюкозы с 10 ЕД инсулина.

До 6 час. дважды наблюдались сильное падение сердечно-сосудистой деятельности, резко ухудшалось дыхание. В 6 час. 30 мин. возникли групповые сокращения мышц, продолжавшиеся 30 мин. Через 8 час. появилась слабая реакция зрачков на свет, состояние улучшилось, но больной все еще находился в состоянии глубокого сна. Дыхательная и сердечно-сосудистая деятельность нормализовалась. В бессознательном состоянии С. находился 12 час. Ретроградной амнезии не отмечалось, первое время беспокоили сильные головные боли, боли в эпигастрии и зрительные галлюцинации.

Выписан на 11-е сутки.