

Таким образом, есть основание считать трахеостомию с комплексом действий, восстанавливающих проходимость бронхов, и искусственным дыханием методом выбора в лечении больных со status asthmaticus. Тем не менее наблюдения над эффективностью этих действий в лечении больных бронхиальной астмой еще весьма немногочисленны. Показания к применению трахеостомии еще не могут считаться достаточно четко отработанными. Поэтому мы и сочли уместным представить наше наблюдение.

Д., 28 лет, поступила в отделение 11/V 1966 г. с жалобами на кашель с выделением скудной слизисто-гнойной мокроты и периодические приступы удушья. Считает себя больной с осени 1963 г., когда после переохлаждения у нее возник кашель с мокротой. В сентябре 1964 г. впервые появились приступы удушья, которые купировались инъекциями эфедрина. Зимой 1964 г. приступы участились, стали ежедневными. В декабре 1965 г. произведено удаление шейных симпатических ганглиев. В марте 1966 г. больная лечилась иглоукалыванием с кратковременным эффектом. С середины апреля 1966 г. приступы резко участились (до 10 раз в сутки), с трудом поддавались повторным инъекциям адреналина, эфедрина, диафилина. На протяжении двух лет Д. периодически принимала преднизолон.

Состояние больной крайне тяжелое, status asthmaticus. Выраженный цианоз лица, конечностей, экспираторная одышка с числом дыханий до 40, при кашле выделяется незначительное количество мокроты. Пульс 120, ритмичный, АД 110/60 мм. Тоны сердца глухие. При перкуссии над легкими коробочный звук; дыхание ослабленное, много сухих свистящих хрипов, которые прослушиваются преимущественно на выдохе. Органы брюшной полости без особенностей. 12/V температура 38,5°, затем она стала субфебрильной. Л.— 11 750 со сдвигом влево (палочкоядерных 6%). В моче белок 1,5%. Мокрота слизисто-гнойная, вязкая, содержит большое количество лейкоцитов. При посеве ее выделен гемолитический стрептококк, чувствительный к левомицетину. Назначены диафилин с глюкозой внутривенно, инъекции адреналина под кожу, пипольфена, ингаляции кислорода. Больная выведена из астматического состояния, однако приступы удушья у нее продолжались с частотой до 10—12 раз в сутки.

В ночь на 27/V у больной вновь развилось тяжелое астматическое состояние. Терапия бронхолитическими средствами не дала результата. АД снизилось до 80/60 мм. 27/V в 16 час. 30 мин. больная потеряла сознание, пульс и АД перестали определяться. После внутривенного введения гидрокортизона, эфедрина, норадrenalина больная пришла в сознание. Начато капельное внутривенное вливание растворов глюкозы, NaCl, перелито 250 мл одногруппной крови. АД поднялось до 130/70 мм, но характер дыхания не изменился, состояние оставалось крайне тяжелым.

В связи с безуспешностью консервативной терапии 28/V в 12 час. под местной анестезией произведена верхняя трахеостомия. Состояние больной сразу же заметно улучшилось, уменьшился цианоз, больная стала спокойней. Через трахеостомическую канюлю периодически отсасывалось вязкое слизисто-гнойное содержимое трахеи и бронхов. Кроме того, трахеостомическая канюля использована для искусственного дыхания кислородом при помощи наркозного аппарата, в трахею вводился пенициллин. Наряду с этим продолжалась и общая терапия (триамсинолон, адреналин, диафилин, строфантин, пипольфен, промедол, люминал). К утру 29/V больная выведена из астматического состояния. В первые дни отмечались легкие приступы удушья 1—4 раза в день. Они легко купировались адреналином, а со 2/V прекратились вовсе. На 3-й день после трахеостомии температура нормализовалась. Цианоз и одышка исчезли. В легких прослушивались лишь единичные сухие хрипы. 1/V удалена трахеостомическая канюля. Рана зажила с образованием небольшого рубца. 29/V Д. выписана во вполне удовлетворительном состоянии. В течение последующих трех месяцев за медицинской помощью не обращалась, чувствует себя хорошо.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А., Исаков Ю. В. Трахеостомия как лечебный метод при неогложных состояниях. Медицина, М., 1964. — 2. Клячкин Л. М., Пинчук В. М., Хребтович В. Н., Катрушенко Р. Н. Вестн. хир., 1962, 11. — 3. Малышев В. Д. и Сергеевич В. В. Там же, 1961, 11. — 4. Marchand P., van Hasselt H. Lancet, 1966, 7431, 1, 227—230.

УДК 616.25—003.219

### СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС, СИМУЛИРОВАВШИЙ ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА

М. Ю. Розенгартен, В. В. Голубев, А. Г. Галеев и Р. А. Малингер

(Казань)

В периодической литературе относительно редко появляются сообщения, касающиеся спонтанного пневмоторакса нетуберкулезной этиологии. Диагностика спонтанного пневмоторакса, особенно у практически здоровых людей, порою весьма затруднительна. Описаны случаи, когда при спонтанном пневмотораксе ошибочно диагностиро-

вали перфоративную язву желудка, по поводу чего экстренно производили лапаротомию.

Приводим наше наблюдение.

С., 43 лет, поступил в хирургическое отделение 28/II 1967 г. в 18 час., через 30 мин. с момента заболевания. После плотного обеда внезапно почувствовал резкую, «кинжальную» боль в правом подреберье, нижнем отделе грудной клетки и спине, затруднение при дыхании. С 1952 по 1959 г. страдал язвенной болезнью желудка. Больной принимает вынужденную позу — прижимает живот к краю кровати. В положении лежа боли усиливаются. Резко выражен цианоз. Справа дыхание ослаблено. Пульс — 94, дыхание — 30, АД — 130/80 мм. Проба Штанге — 16 сек., Собрание — 8 сек.

Живот «как доска». Резкая болезненность в эпигастрии. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Печеночная тупость отсутствует. Рентгеноскопия. Между правым куполом диафрагмы и печенью широкая (до 2 см) полоса просветления. При беглом (звиду тяжелого состояния больного) осмотре грудной клетки в проекции корня легкого выявлено затемнение неясной природы.

Дежурный хирург диагностировал перфоративную язву желудка. В 20 час. была произведена срединная лапаротомия под эндотрахеальным эфирно-воздушным наркозом. В брюшной полости патологии не найдено. Пункция плевральной полости через диафрагму позволила установить спонтанный пневмоторакс. Пункцией плевральной полости в VII межреберье воздух был извлечен и дыхание справа стало прослушиваться во всех отделах. Однако состояние больного продолжало прогрессивно ухудшаться. При рентгеноскопии виден полный коллапс правого легкого, значительное смещение тени сердца и средостения влево.

3/II в 19 час. произведено дренирование плевральной полости (пассивный подводный дренаж).

4/II состояние больного средней тяжести. Отсутствие эффекта от дренирования, а также данные рентгеноскопии (полный коллапс правого легкого) и манометрии («открытый бронх») побудили нас произвести ревизию грудной полости.

4/II в 13 час. 45 мин. под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом (А. Н. Подольский) вскрыта грудная клетка спереди справа (М. Ю. Розенгартен). На диафрагме обнаружен и удален плотный кровяной сгусток 6×5 см. Произведена резекция (УКЛ-60, УКЛ-40) первого и второго сегментов легкого.

Макропрепарат: сплошной конгломерат тонкостенных кист. Открытый субсегментарный бронх.

Микроскопическое исследование: атрофия и разрыв альвеолярных перегородок, образование множественных полостей.

Послеоперационный период протекал гладко. Легкое расправилось. 6/III С. выписан в хорошем состоянии.

Мы считаем, что при спонтанном пневмотораксе нетуберкулезной природы подход должен быть индивидуальным. В ряде случаев может оказаться эффективным отсасывание воздуха из плевральной полости. При клапанном пневмотораксе или открытом субсегментарном бронхе показана торакотомия. Для избежания ошибок в диагностике необходимо производить рентгеноскопию грудной клетки в каждом случае острой патологии брюшной полости.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бодарев В. Х. Клин. мед., 1960, 12.— 2. Борисов С. П. Спонтанный пневмоторакс у детей раннего возраста. Медгиз, М., 1936.— 3. Боровинская А. И. Пробл. туб., 1963, 3.— 4. Гембицкий Е. В. Воен.-мед. журн., 1963, 6.— 5. Григорьев А. А. Сб. научн. тр. Красноярского мед. ин-та, 1951, 2.— 6. Кочетов Д. К. Клин. мед., 1957, 12.— 7. Кузнецов И. М. Казанский мед. ж., 1939, 8.— 8. Лельчинский В. Н. Пробл. туб., 1960, 8.— 9. Лемберский И. Г. Коллапсотерапия при туберкулезе легких. Свердловск, 1947.— 10. Локшина Е. Л. Пробл. туб., 1959, 3.— 11. Маневич В. Л. и Степанова Т. В. Хирургия, 1964, 10.— 12. Минаева О. В. Тез. докл. конф. молодых ученых Ин-та усов. врачей. Л., 1955.— 13. Мосендз Ф. Д. Врач. дело, 1957, 4.— 14. Осипов Н. В. Пробл. туб., 1959, 6.— 15. Попков И. Г. Вопр. туб., 1931, 10.— 16. Ротенфельд М. З. Казанский мед. ж., 1936, 8.— 17. Соколова Н. К. Там же, 1936, 6.— 18. Теппер П. А. Плевриты. Медгиз, М., 1960.— 19. Франк А. А. Сов. мед., 1941, 6.— 20. Яценко М. Л. Воен.-мед. журн., 1963, 10.

УДК 616.24—616—002.582

## САРКОИДОЗ ЛЕГКИХ

И. К. Киреев  
(Куйбышев-обл.)

В последние годы в Советском Союзе стали появляться обзорные статьи и отдельные сообщения о саркоидозе органов дыхания. Интерес к данному заболеванию объясняется тем, что этиология его до сих пор не ясна, а своеобразие клинического течения требует дифференциации его от туберкулеза, болезни Ходжкина и ряда других заболеваний.