

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

Приводим наше наблюдение.

С., 43 лет, поступил в хирургическое отделение 28/1 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 рентгенокопии 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 рентгенокопии (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 рентгенокопию 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.

В период с 1963 по 1966 г. под нашим наблюдением находилось 3 больных с саркоидозом легких. Клиническая симптоматика сводилась к появлению кашля с незначительным отделением мокроты, одышке при физической нагрузке, чувству давления в груди и увеличению лимфатических узлов средостения.

Приводим выписку из истории болезни одного больного.

Х., 25 лет, поступил в туберкулезное отделение 3/IX 1963 г. с диагнозом: опухолезный бронхоаденит. После рентгенологического исследования у больного предположили медиастинальную форму лимфогранулематоза, и он был переведен в терапевтическое отделение. При поступлении больной жаловался на кашель со скудным выделением мокроты по утрам и одышку при физической нагрузке. У него с 1957 г. при рентгенологическом обследовании обнаруживаются увеличение лимфатических узлов средостения, в связи с чем он в течение 3 лет находился под наблюдением в тубдиспансере по месту жительства, но в 1960 г. был снят с учета. Общее состояние вполне удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения изменений не выявлено. В левой подключичной области — укорочение перкуторного звука, в межлопаточном пространстве слева расширение зоны тупости. Дыхание везикулярное. Гем. 84 ед., Э. 4 780 000, РОЭ 5 мм/час. Л. 8000, п. — 5%, с. — 75%, э. — 1%, б. — 1%, л. — 10%, м. — 8%. Билирубин крови 0,2 мг%, реакция Ван-ден-Берга — непрямая. Кальций в сыворотке крови — 10,49 мг%, остаточный азот крови — 18 мг%. Общий белок крови — 7,9%, альбумины — 58%, α -глобулины — 21%, β -глобулины — 9%, γ -глобулины — 12%. Моча — удельный вес 1018, реакция кислая, белка 0,03%, лейкоцитов 1—2 в поле зрения. На рентгенограмме грудной клетки срединная тень резко расширена. В прикорневых зонах тени округлой формы размером от 3×3 до 6×6 см. Контуры теней четко очерченные, гладкие. Корни легких размазаны. Легочный рисунок не изменен. Сердце небольшой области, обнаружены лимфоциты, эпителиоидные и гигантские типа Ланганса клетки с палисадоподобным расположением ядер.

На основании анамнеза, клинической картины, доброкачественности течения заболевания, рентгенологических и цитологических данных был установлен диагноз саркоидоза легких (I стадия по Вурму). Больному назначен преднизолон по 15 мг в сутки, общеукрепляющее лечение.

После 2-месячного лечения у больного улучшилось самочувствие, кашель стал редким, одышка исчезла; больной прибавил в весе 3,5 кг. На повторно снятых рентгенограммах отмечается некоторое уменьшение лимфатических узлов в корнях легких.

Все наблюдавшиеся нами больные выписаны в удовлетворительном состоянии, находятся под врачебным наблюдением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов М. Г. В кн.: Актуальные вопросы гематологии. Медгиз, М., 1960.— 2. Вильнянский Л. И., Палей А. Ю. Клин. мед., 1957, 11.— 3. Кассирский И. А. Там же, 1957, 12.— 4. Коровина Ю. П. Прobl. туб., 1958, 3.— 5. Рабен А. С. Саркоидоз. Медицина, М., 1964.— 6. Рабухин А. Е., Оленева Т. Н. Клин. мед., 1963, 8.— 7. Тонитрова Н. С. Прobl. туб., 1962, 7.

УДК 616.24—002—616.155.194—616.155.18

ОСТРАЯ ТОКСИЧЕСКАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ТИПА ЛЕДЕРЕРА У БОЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

М. Г. Галева

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — доц. В. А. Ломакина)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

В 1925 г. Ледерер описал острую гемолитическую желтуху неясной этиологии, возможно инфекционной природы (интоксикация). По данным литературы, острые гемолитические анемии различной этиологии встречаются не так часто.

Приводим наше наблюдение.

Б., 60 лет, поступила в отделение 27/VII 1966 г. с диагнозом: бронхопневмония. 1/VII появился кашель, боли в груди, слабость, головокружение. Через неделю повысилась температура. Больная лечилась на дому антибиотиками в комбинации с норсульфазолом в течение двух недель, 24/VII у нее возникла резкая слабость и желтуха.

Состояние при поступлении средней тяжести, кожа бледная с лимонно-желтым оттенком, температура 37,4°. В легких перкуторный звук укорочен в нижних отделах с обеих сторон, дыхание в области укорочения с бронхиальным оттенком, звучные влажные хрипы. Пульс 110, АД 110/70 мм. Границы сердца умеренно расширены влево, тоны приглушены. Печень не увеличена, селезенка пальпируется у края ребер.