

Из инфекционной клиники Белорусского мед. ин-та (директор проф. В. К. Космачевский) и 4-й хирургической клин. мед. ин-та (директор проф. А. Е. Мангейм).

К казуистике сосудистых шейных кровотечений при скарлатине.

В. С. Беренштейн.

Среди многочисленных осложнений скарлатины кровотечение из шейных сосудов является сравнительно редким, но весьма опасным осложнением. В образцовой детской больнице на 1370 скарлатинозных аутопсий было 12 случаев сосудистых кровотечений из шеи, что составляет 0,88%.

У Штейна на 630 секций при скарлатине было 14 случаев сосудистых шейных кровотечений, или 2,2%. Клименко собрал из литературы за последнее столетие 99 случаев кровотечений при скарлатине, из которых 10 он наблюдал сам.

У нас на 204 скарлатинозных секций было 5 случаев, или 2,5%.

Что касается сущности сосудистого поражения, то вначале на эти изменения смотрели как на воспалительный процесс. Многие считали этот воспалительный процесс последствием тромботических или эмболических процессов с образованием гнойного артериита с последующим разрывом сосуда. С 1906 года господствовало мнение Визеля и Визнера о первичных очаговых некрозах *mediae*.

Зигмунт и Смирнова-Замкова рассматривают этот процесс как воспалительно-дегенеративный, с той лишь разницей, что возникновение некротических фокусов в стенках сосудов ставится в связь с аллергическим состоянием организма. В пользу этого взгляда говорит то, что вышеуказанные поражения наступают приблизительно с 3—4-й недели скарлатины, когда возможно появление гиперергического состояния организма.

Вызывающим алергеном является участвующий в скарлатинозном процессе стрептококк, способный вызвать в организме гиперергическую реакцию по отношению к себе, а некротическая реакция является характерной для последней.

Указанные выше патогенетические моменты готовят почву для того, чтобы язвенный или некротический процесс локализовался или первично на сосудах или для того, чтобы способствовать переходу некротического процесса с близ расположенных регионарных желез на сосудистую стенку.

Кроме этих главных факторов Штейн указывает на повышение внутрисосудистого давления, как на причину кровотечения из сосудов.

Размер и исход кровотечений зависят от характера сосуда (артерия или вена) и их калибра. Кровотечение из мелких вен обычно можно остановить тампонадой. Это имело место и в следующих наших 2-й случаях:

1. Ист. болезни № 4944. Ребенок М. Б., 7 лет. Поступил в клинику 14/X 36 г. по поводу тяжелой септикопиемической формы скарлатины с некротическими изменениями в зева и двусторонней аденофлегмоной.

Через 5 дней аденофлегмона абсцедировала и была вскрыта с обеих сторон шеи.

Через 2 недели после сделанных небольших разрезов внезапно началось венозное кровотечение из раны. Кровотечение удалось остановить тампонадой.

2. Ист. болезни № 5825. Ребенок П. З., 2 лет, доставлен 30/XI 36 г. в инфекционную клинику по поводу скарлатины средней тяжести и умеренных некротических изменений в зева. Через 7 дней появился шейный гнойный лимфаденит слева. К 13/XII железа абсцедировала и вскрыта. 27/XII, т. е. через 2 недели после вскрытия гнойника, появилось венозное кровотечение из раны. Кровотечение остановлено тампонадой.

Много опаснее повреждение крупных венозных стволов. Ввиду расположения лимфатических желез преимущественно около внутренней яремной вены, кровотечение большей частью происходит из последней и реже из наружной яремной вены.

Гросс сообщает, что из 13 собранных им венозных шейных кровотечений, в 12 случаях кровотечение было из внутренней яремной вены.

Нахожу небезынтересным кратко изложить историю болезни ребенка, доставленного для срочной операции по поводу шейного сосудистого кровотечения.

3. Ист. болезни № 787, Б. П., 2½ лет, переведена 27/XII 36 г. в клинику из ночного санатория.

Заболела 10/XII септико-пиемической формой скарлатины с некротической ангиной с обеих сторон.

14/XII. Сильная инфильтрация подчелюстных желез (больше справа) и отечность подкожной клетчатки и мышц. 18/XII. Имеется припухлость в области грудино-ключично-сосцевидной мышцы, спускающаяся к *jugulum sterni* (замечается образование гнойника) с покраснением кожи и очагом размягчения в центре инфильтрата. 20/XII. Вскрыта аденофлегмона шеи справа, выделилось много гноя. Сухая асептическая повязка.

Через 6 дней, 27/XII, в 6 ч. вечера, внезапно появилось сильное кровотечение из раны. Произведена тампонация раны, и кровотечение остановилось. В 11 ч. вечера повязка опять промокла. Наложены швы на рану и кровотечение опять приостановилось.

27/XII в 6 ч. утра кровотечение возобновилось, и ребенок был срочно доставлен к нам для операции.

Экстренная операция: по ходу сосудов разрез. Обнажена грудино-ключично-сосцевидная мышца, последняя от нута кнаружи; выяснилось, что внутренняя яремная вена узурирована на протяжении 4—5 см. Во время операции у ребенка появилась асфиксия, и он скончался от воздушной эмболии, несмотря на произведенное искусственное дыхание и одновременную трансфузию крови.

Более опасными бывают всегда артериальные кровотечения, и повреждение даже мелких артериальных ветвей может кончиться смертельно. Гансмюллер описал случай кровотечения из верхней щитовидной артерии, которая была узурирована близлежащим некротическим процессом желез. Гон описывает кровотечение из подъязычной артерии при субментальной флегмоне. Описаны также случаи кровотечений, часто смертельных, при перитонзиллярных абсцессах, что имело место и у нас в приводимых 2-х случаях.

4. Ист. болезни № 5090. Ребенок Т. З., 1 г., поступил 22/X 1936 г. со скарлатиной средней тяжести и гнойным лимфаденитом. На 16-й день заболевания

внезапно появилось сильное кровотечение из рта и носа. Через 15 минут ребенок скончался.

5. Ист. болезни № 934. З. З., 7 лет, поступил 8/XII 1936 г. в инфекционную клинику по поводу тяжелой формы скарлатины с некротическими явлениями в зева и левосторонним лимфаденитом. К 25/XII железа нагноилась и вскрыта. 26/XII появилось внезапное горловое кровотечение. Ребенок скончался через 1 час.

Вскрытие обнаружило узурирование а. tonsillaris, которое дало смертельное кровотечение.

В особенности часто поражаются а. pharyngea ascendens et а. palatina ascendens. Изредка встречается перфорация и таких крупных артериальных стволов, как общая сонная артерия, внутренняя сонная артерия и еще реже — наружная сонная артерия. Кровотечение чаще происходит из ветвей наружной сонной артерии. Причина заключается в том, что лимфатические узлы не расположены у наружной стенки наружной сонной артерии, а внутренняя стенка граничит с неправильно разбросанными лимфатическими узлами. Так как ветви наружной сонной артерии отходят с внутренней стороны, то вследствие нагноения лимфатических желез поражаются обычно эти последние.

Нужно думать, что одними местными изменениями объяснить весь процесс некротического поражения сосудов и узуры их нельзя, а возможно, что реакция организма ведет к этому некротическому поражению сосудистой стенки, но узурирующей гораздо позже вскрытых гнойников, лежащих поблизости.

В заключение считаем нужным напомнить о возможности последующих кровотечений при вскрытии гнойников, расположенных вокруг сосудов. Медицинский персонал должен быть предупрежден об этой возможности. При появлении кровотечения необходимо оперативным путем выявить его характер. При поражении крупных артериальных или венозных стволов нужно иметь в виду возможность воздушных эмболий, как это имело место в нашем случае (ист. болезни № 787).

Поступила в ред. 21. IV. 1937 г.