УДК 616—001.33—611.345

З. А. Зарипов (Зеленодольск). **Травматический разрыв толстого кишечника**

Ю. Я. Рабинович (Клин. хир., 1965, 12) сообщает об описанных 100 перфорациях стенки толстого кишечника сжатым воздухом и приводит 2 собственных наблюдения. Он указывает, что летальность при этой травме достигает 50%. В том же номере журнала А. Т. Макаревич (Ижевск) сообщает о 2 аналогичных больных, М. П. Шатахян (Ереван) — об одном.

Мы наблюдали 1 такого больного.

А., 39 лет, доставлен 26/VIII 1966 г. На работе ему «шутки ради» направили струю сжатого воздуха через брюки к заднему проходу шлангом от компрессора, создающего давление 4—6 атмосфер. Он сразу почувствовал боль в животе и позывы на стул.

Больной беспокоен. Старается принять полусидячее положение. Пульс 130, АД 130/70. Живот резко вздут, напряжен, резко болезнен, печеночная тупость отсутствует. Диагноз: разрыв кишечника; пневмоперитонеум.

Срочная операция (З. А. Зарипов). В брюшной полости обнаружен газ, комок каловых масс, укутанный сальником, субсерозный и полный разрыв (1,5×3 *см*) стенки сигмовидной кишки. Сальник резецирован. Раны кишки и брюшная зашиты. Создана контрапертура с дренажом. В брюшную полость введены антибиотики.

А. выписан на 28-й день.

УДК 616.613—003.7—039.31—616—009.616

Н. Н. Тер-Карапетянц (с. Сос Азербайджанской ССР). **Комплексное лечение больных при почечно-мочеточниковых коликах**

С 1963 г. по ноябрь 1967 г. мы наблюдали в сельском стационаре 20 мужчин и 20 женщин с конкрементами мочеточников.

Больным, поступающим с почечно-мочеточниковыми коликами, вначале вводят подкожно 1 ампулу 1% раствора омнопона и ставят очистительную клизму, кладут горячие грелки на область поясницы. Если боль не исчезает, делают анестезию по М. Ю. Лорин-Эпштейну 2% раствором лидокаина в количестве 30 *мл*. Мучительные боли после этой анестезии тут же прекращаются или резко уменьшаются. После анестезии больному дают пол-литра 5% отвара-настоя из кукурузных рылец, приготовленного путем томления на медленном огне в течение 30 мин. (не кипятить!), назначают внутрь диуретин по 0,5 3 раза в день и теобромин по 0,25 с хлористо-водородным папаверином по 0,02 также 3 раза в день. При кровавой моче дают внутрь 10% раствор $CaCl_2$ по столовой ложке 3 раза в день и викасол по таблетке 3 раза в день.

Одна больная была направлена в Баку, где ей удалили камень мочеточника. У всех остальных больных самопроизвольно выделялись небольшие конкременты.

УДК 616.155.392—616.8

Г. Г. Афанасьев (Курган). **Спинальный синдром при остром лейкозе**

Лейкозы с рано развивающейся неврологической симптоматикой сравнительно редки. С 1962 по 1966 г. мы наблюдали 2 таких больных.

1. Г., 11 лет, поступила 18/III 1966 г. с жалобами на отсутствие движений в нижних конечностях, лихорадку, слабость, задержку стула и мочи. Заболела остро 26/II 1966 г. Появились боли в нижних конечностях и в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника, слабость. На 3-й день от начала заболевания развилась параплегия нижних конечностей с нарушением болевой и температурной чувствительности от сегмента D_{12} и ниже, расстройство функции тазовых органов (задержка мочи, дефекации). В течение 2 недель больная лечилась в районной больнице. За этот период ее состояние ухудшилось: держалась фебрильная температура, лейкоцитоз до 16,5 тыс., нарушение чувствительности распространилось до уровня сегментов D_5 — D_6. Лечение антибиотиками, сульфаниламидами и внутривенными вливаниями уротропина эффекта не дало.

Состояние больной тяжелое: лихорадка, слабость, выраженная потливость, параплегия нижних конечностей; функции тазовых органов нарушены; в области пяточных костей пролежни; на коже живота ожоги от грелок. Черепномозговые нервы без особенностей. Активные движения в нижних конечностях отсутствуют, тонус мышц значительно понижен. Коленные, ахилловы и брюшные рефлексы не вызываются. В стационаре у больной в течение месяца держалась высокая температура, появились пролежни в области крестца, увеличились печень и селезенка. Возникли носовые кровотечения, лейкемические инфильтраты на коже лица, признаки выраженного анемического синдрома. Границы нарушения чувствительности сместились до уровня сегментов L_{1-3}.

При поступлении: Гем. — 13,2 *г*%, Э. — 4 900 000, ц. п. — 0,9, Л. — 33 500. Миелобластов — 6%, миелоцитов — 2%, п. — 21%, с. — 52%, л. — 14%, м. — 5%. РОЭ — 43 *мм*/час. Тромбоцитов 106 800, ретикулоцитов 12‰.

Больная получила 555 *мг* преднизолона, 2 150 *мг* 6-меркаптопурина, пенициллин, фурадонин. Ей было перелито 1100 *мл* эритроцитарной массы.