

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 бьюки 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 салником, субсерозный и полный разрыв (1,5×3 см) стенки сигмовидной кишки. Сальник резецирован. Раны кишки и брюшная защиты. 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 D₁₂ 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 D₅—D₆. Лечение антибиотиками, сульфаниламидами и внутривенными вливаниями уротропина эффекта не дало.

Состояние больной тяжелое: лихорадка, слабость, выраженная потливость, параличи 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, лейкоэмические инфильтраты на коже лица, признаки выраженного анемического синдрома. Границы нарушения чувствительности сместились до уровня сегментов L₁₋₃.

При поступлении: Гем. — 13,2 г%, Э. — 4 900 000, п. п. — 0,9, Л. — 33 500. Миелобластов — 6%, миелопитов — 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.

При рентгенографии нижнего шейного и грудного отделов позвоночника патологии не найдено.

В терминальной стадии Гем. — 6 $\%$, Э. — 1 700 000, ц. п. 1,0. Тромбоцитов 44 200. Гемоцитобластов — 60%, ретикулярных клеток — 26%, миелоцитов — 1%, ю. — 1%, п. — 8%, с. — 4%. Нормобласты — 2:100.

Больная погибла от кровотечений и угнетения костномозгового кроветворения. Клинический диагноз: острый миелолейкоз, геморрагический синдром, анемия, лейкоэмические инфильтраты со сдавлением спинного мозга, нижняя параплегия и нарушение функций тазовых органов; вторичный восходящий пиелонефрит; пролежни в области крестца и крыльев подвздошной кости.

Патологоанатомический диагноз (Н. Н. Сульдина): острый миелолейкоз с переходом в гемоцитобластоз; геморрагический синдром; гепатоспленомегалия; лейкоэмические инфильтраты в легких и яичниках, пролежни в области крестца и крыльев подвздошной кости; отек головного мозга. При макроскопическом исследовании изменений в спинном мозге не выявлено. При гистологическом исследовании срезов спинного мозга на различных уровнях отмечено значительное истончение белого вещества спинного мозга.

2. А., 19 лет, заболел остро 26/III 1964 г. Появилась слабость, острые боли в пояснице, приковавшие больного к постели, лихорадка, боли в горле при глотании. Во время лечения в районной больнице состояние больного продолжало ухудшаться: боли в области поясницы настолько усилились, что больной не мог самостоятельно передвигаться. Количество гемоглобина снизилось до 7 $\%$, эритроцитов — до 2 000 000.

21/IV 1964 г., при поступлении, состояние тяжелое. Потливость, гиперплазия всех периферических лимфатических желез, бледность, тахикардия, артериальная гипотония. Болезненность V—VIII грудных позвонков. Резко положительные симптомы натяжения и симптом Нери. На рентгенограммах нижнего грудного и поясничного отдела позвоночника выраженный остеопороз тел позвонков, клиновидная деформация тел XI—XII грудных и I—II поясничных позвонков с уплотнением подхрящевых замыкательных пластинок и расширением межпозвоночных щелей.

22/IV 1964 г. Гем. — 4,6 $\%$, Э. — 1 900 000, ц. п. 0,8; Л. — 1650, тромбоцитов — 66 000, ретикулоцитов — 4%. В лейкоцитарной формуле сплошь гемоцитобласты.

В миелограмме — миелокариоцитов 350 000, мегакариоциты отсутствуют, гемоцитобластов 99,5%, сегментоядерных нейтрофилов — 0,5%.

Через 3 недели пребывания больного в стационаре состояние его улучшилось. Болевой синдром постепенно стихал; больной стал самостоятельно передвигаться, хотя длительное время сохранялась локальная болезненность позвоночника, были ограничены движения в поясничном отделе позвоночника, нарушена осанка (ходил выпрямившись и несколько откинув назад голову; сидя в кровати, опирался руками позади себя). В стационаре больному было перелито внутривенно капельно 2260 мл эритроцитарной массы, он принял 700 мг преднизолона, 10 инъекций АКГГ. В постели он все время находился на деревянном щите.

Выписан 11/VI 1964 г. в состоянии клинической и гематологической ремиссии. При выписке гем. — 14,6 $\%$, Э. — 4 400 000, ц. п. — 1,0; тромбоцитов 122 200. Л. — 2500; э. — 1%, п. — 12%, с. — 40%, л. — 47%; РОЭ — 10 мм/час.

Амбулаторно А. постоянно принимал поддерживающие дозы преднизолона, поливитамины, витамин D₂, препараты кальция; чувствовал себя вполне удовлетворительно до октября 1964 г. В конце октября 1964 г. его состояние резко ухудшилось: он начал худеть, наступила выраженная гиперплазия всех периферических лимфатических узлов, увеличилась в размерах печень и селезенка, появился отчетливый геморрагический синдром и фурункулез.

6/XI 1964 г. больной погиб при явлениях кишечного кровотечения.

Клинический диагноз: острый лейкоз — гемоцитобластоз, геморрагический синдром; фурункулез; кишечное кровотечение.

Патологоанатомический диагноз: гемоцитобластоз с поражением костного мозга, лимфатических узлов, печени и селезенки; геморрагический диатез, некротические язвы слизистой пищевода и прямой кишки; резкое малокровие и дистрофия внутренних органов (патологоанатом М. А. Попов).

УДК 616—006.36

Л. С. Абдрашитова и Р. Ш. Хамитова (Казань). Опухоль Абрикосова в подчелюстной области

Опухолями Абрикосова называют один из видов рабдомиом — миомы из миобластов, возникающие на почве дефектов развития. В доступной литературе мы не нашли описания миом в челюстно-лицевой области. Приводим наше наблюдение.

К., 50 лет, поступил 10/X 1966 г. с диагнозом: киста подчелюстной слюнной железы. Жалуется на опухоль в левой подчелюстной области, сухость во рту, охриплость голоса.

В апреле 1966 г. больной почувствовал затруднение при глотании, сухость во рту слева, одновременно появилась еле заметная припухлость подбородочной и подчелюст-