

СЛУЧАЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ОТСУТСТВИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Е. П. Архипов

Из хирургического отделения (зав. отделением — Г. М. Кузнецов) 2-го больнично-поликлинического объединения г. Бугульмы (главврач — А. П. Щекотоло)

Б-ная К., 32 лет, заболела остро 15/IX-57 г. Поступила в хирургическое отделение 16/IX-57 г. с диагнозом: «обострение желчнокаменной болезни» и жалобами на приступообразные резкие боли в правом подреберье, иррадирующие в правое плечо и позвоночник, также на тошноту и неоднократную рвоту.

Больна с 1953 г. Частые приступы болей сопровождались, как правило, желтухой и обесцвечиванием кала. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно.

Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и склеры желтушны. Язык обложен. Пульс — 98, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. Дыхание везикулярное. Артериальное давление — 120/60. Живот нормальной конфигурации, мягкий. При пальпации правого подреберья отмечается умеренное напряжение мышц. Положительные симптомы «кашлевого толчка», Ортнера, Керра и Георгиевского — Мюсси. Нижний край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги, болезненный. Моча темно-желтого цвета.

В день поступления: Л. — 9 100, п. — 12%, с. — 71%, л. — 15%, м. — 2%. РОЭ — 17 мм в час. В моче желчные пигменты.

Консервативные лечебные мероприятия не улучшили состояния больной, желтуха нарастала, появились ознобы, болевые приступы следовали один за другим, температура держалась на цифрах 38,8—38,4°.

18/IX-57 г.: гем. — 70%; Л. — 10 000, п. — 16%, с. — 68%, л. — 13%, м. — 3%, РОЭ — 50 мм в 1 час.

18/IX-57 г. в 18 часов предпринята операция (Г. М. Кузнецов) под новокаиновой инфильтрационной анестезией с добавлением общего эфирного наркоза. Кожный разрез по способу А. М. Калиновской. Желчный пузырь не обнаружен. Общий желчный проток в диаметре около 3 см, просвет его на всем протяжении выполнен крупными желчными камнями. Произведена холедохотомия, удалено 5 серовато-желтых камней размером от 0,5 × 1,0 до 1,5 × 2 см. Зондирование желчного протока в центральном и периферическом направлениях показало его полную проходимость. Отмечено разделение желчного протока перед входом в печень на правый и левый ходы. Пузырный проток не обнаружен. В желчный проток введен резиновый дренаж по А. В. Вишневному, в брюшную полость введено 4 тампона. Рана послойно зашита. Асептическая повязка. Перелито 400 мл одногруппной консервированной крови.

После операции ежедневно выделялось от 300 до 500 мл желчи. На 10 день дренажная трубка пережата на 3 часа, на 12 день — на 24 часа, при этом никаких болей больная не отмечала. 30/IX-57 г. произведена холангиография с введением через дренажную трубку 25% раствора сергозина (40 мл). Установлены полная проходимость протоков и отсутствие пузырного протока и желчного пузыря. На 14 день после операции удалены резиновый дренаж и последний тампон. По закрытии желчного свища 22/X-57 г. б-ная выписана в хорошем состоянии. Заживление раны в месте свища вторичным натяжением.

Поступила 18 января 1958 г.

ДВА СЛУЧАЯ ГЕМОФИЛИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СЕЛЬСКОЙ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л. И. Никошин

Из Ново-Салманской участковой больницы Алькеевского района Татарской АССР

Основным симптомом гемофилии являются продолжительные и поэтому значительные, угрожающие, иногда смертельные кровотечения, после каких-либо травм, нарушающих целостность кровеносных сосудов.

При исследовании больных гемофилией не находят каких-либо свойственных этому заболеванию изменений со стороны внутренних органов. Только внешний вид больного иногда примечателен некоторой бледностью или кровоподтеками на кожных покровах.

При постановке диагноза необходимо, в основном, полагаться на анамнестические данные. Но и здесь могут быть трудности, так как нередко больные или их родственники умалчивают о склонности к кровотечениям.

Нам пришлось наблюдать два случая гемофилии у двоюродных братьев по материнской линии (их матери являются родными сестрами).

В первом случае мать больного не указала в анамнезе на кровоточивость, которая была выявлена лишь по кровотечению из операционной раны. Тогда и мать заявила о случаях кровотечения у больного в прошлом.

1. Б-ной К., 7 лет. Поступил в хирургическое отделение больницы 14/III-53 г. в 19 часов с явлениями острого аппендицита. Заболел накануне вечером. Появились сильные боли в илеоцекальной области, тошнота, рвота. Температура поднялась до 37,8°.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа чистая, видимые слизистые нормальной окраски. Границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые, ясные. Пульс — 98, ритмичен, хорошего наполнения и напряжения. В легких единичные сухие хрипы.

Язык обложен белым налетом, влажный. Живот нормальной конфигурации. Боль в илеоцекальной области, со стороны брюшной стенки защитная реакция. Выражены симптом Щеткина и кашлевой. Печень и селезенка не пальпируются. Стул был 3 часа назад, жидкий. Мочеиспускание без особенностей. Температура при поступлении — 37,9°.

Кровь: гем. — 73%, эр. — 4 460 000, Л. — 13 400, ю. — 2%, п. — 8%, с. — 69%, л. — 14%, м. — 5%, э. — 2%, РОЭ — 38 мм/час.

Через 2 часа после поступления больной был оперирован. Под местной анестезией разрезом Дьяконова произведена аппендэктомия (Никошин). Удаленный отрезок имел флегмонозные изменения. Операционная рана послойно ушита наглухо.

Вскоре после операции у больного промокла повязка. Кровотечение не прекратилось до утра (больному было введено внутривенно 10 мл 10% раствора хлористого кальция). Утром 15/III сквозь повязку просачивается жидкая, без сгустков кровь. Больной бледный. Мать в это время заявила, что у ребенка несколько раз были сильные и длительные (по 2 недели) кровотечения из десен при случайных ранениях ореховыми скорлупами. Сделана перевязка. В области раны огромных размеров гематома. Швы распухли. Рана затампонирована марлей, смоченной стерильным физиологическим раствором с добавлением адреналина. Положена давящая повязка. Внутрь введено 10 мл 10% раствора хлористого кальция, 10 мл 10% раствора поваренной соли, внутримышечно введены 30 мл противокоревой сыворотки, витамин К, поливитамины, фоликулин. Кровотечение уменьшилось, но не остановилось полностью. После полудня кровотечение вновь усилилось. Верхние слои повязки сменены. Ребенок бледный. Пульс — 140, слабого наполнения. Жалобы на тошноту, рвоту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Щеткина не выражен. Газы отходят. Больному внутривенно введены 500 мл физиологического раствора, 10 мл 10% раствора хлористого кальция, фоликулин. К ночи кровотечение усилилось. Резкая бледность кожи и слизистых оболочек. Пульс — 155, едва прощупывается. Анурия. Капельной клизмой введено 2000 мл физиологического раствора и глюкозы с добавлением пантокрина. Повторно введен фоликулин. Поливитамины. Введено 20 мл 10% раствора поваренной соли. Кровотечение не прекращается. Перелита свежечитратная кровь 0 (I) группы в количестве 150 мл, взятая у сотрудника больницы. Через 20 мин после гемотрансфузии выделение (именно выделение) крови из раны уменьшилось, а затем через 40—60 мин прекратилось. За ночь больному введено капельной клизмой 1500 мл физиологического раствора с добавлением пантокрина.

Утром 16/III состояние больного улучшилось. Повязка сухая. Пульс — 130, удовлетворительного наполнения. Появился аппетит. Жалобы на слабость. Газы отходят. Живот мягкий, безболезненный.

17/III состояние лучше. Видимые слизистые порозовели. Жалобы на головокружение. Пульс — 120, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Повязка сухая.

Б-ной получает витамин К, поливитамины, фоликулин, внутривенно введено 10 мл 10% раствора хлористого кальция и 10 мл 10% раствора поваренной соли.

Кровь: гем. — 18%, эр. — 1 310 000, Л. — 10 100, РОЭ — 19 мм/час.

На 4-й день после остановки кровотечения осторожно был удален из раны тампон. Воспалительных явлений со стороны раны не наблюдается. Наложены узловатые шелковые швы. Спиртовая повязка.

С каждым днем состояние больного улучшалось. 20/III разрешено сидеть в кровати. 23/III разрешено ходить. 28/III сняты швы. Имеется расхождение трех швов.

В глубине раны видны сгустки крови черного цвета. Положена повязка с мазью Вишневского.

Выписан домой 2/IV. При выписке состояние хорошее. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Рана в местах расхождения швов выполнена грануляциями. Пульс — 84, ритмичен, удовлетворительного наполнения.

Кровь: гем. — 35%, эр. — 3 240 000, Л. — 9050, РОЭ — 15 мм/час.

И. Б-ной С., 8 лет. Поступил в хирургическое отделение больницы 6/VI-55 г. по поводу заячьей губы. С раннего детского возраста страдает сильной кровоточивостью при случайных порезах. Были несколько раз носовые и кишечные кровотечения, кровотечения из десен. Каждое кровотечение продолжается по несколько дней.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Симптом Кончаловского не выражен. Внутренние органы без видимых патологических отклонений. На верхней губе имеется значительных размеров расщелина.

Кровь: гем. — 75%, эр. — 4 900 000, Л. — 8 600, РОЭ — 10 мм/час. Тромбоциты — 316 000. Время свертывания крови (по Фонию): начало — 90 мин, конец — 210 мин.

В течение 10 дней больной готовился к операции. Ежедневно получал по 10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно, витамин К, поливитамины, фоликулин, пантокрин; накануне операции ввели 30 мл противокоревой сыворотки внутримышечно. Перед операцией перелили 200 мл свежечитратной крови 0(I) группы, взятой у сотрудника больницы, и определили время свертывания крови, которое оказалось: начало — 45 мин, конец — 85 мин (по Фонию).

16/VI под местной анестезией произведена операция по методу Лангенбека (Никошин). Кровотечение в послеоперационном периоде было незначительным. Только в первые 12 часов после операции несколько раз промокала повязка, а затем кровотечение прекратилось. В послеоперационном периоде было перелито 100 мл свежечитратной крови 0(I) группы, и больной в течение 5 дней получал ежедневно по 10 мл 10% раствора хлористого кальция, витамин К, поливитамины, фоликулин, пантокрин.

Швы сняты через 7 дней. Заживление раны первичным натяжением. Выписан домой на 9-й день.

Таким образом, второй наш больной, в отличие от первого, соответствующим образом подготовленный к операции, потерял очень мало крови. Из всех примененных средств наиболее эффективным оказалось переливание свежечитратной крови в комплексе с другими кровоостанавливающими средствами.

Поступила 10 мая 1958 г.

СЛУЧАЙ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СЕРДЦА

Д. С. Муругов

Из хирургического отделения (зав. — Д. С. Муругов) Йошкар-Олинской городской больницы (главврач — Г. М. Шафран)

Б-ной Ш., 30 лет, доставлен в хирургическое отделение машиной скорой помощи 24 июня 1957 г. Около часа назад больной, находясь в алкогольном опьянении и состоянии душевной депрессии, нанес себе ранение перочинным ножом в левую половину грудной клетки.

В момент поступления состояние очень тяжелое, временами стонет, безразличен к окружающему, резко выражена бледность кожных и слизистых покровов, холодный пот, дыхание поверхностное, пульс почти не ощутим, тоны сердца не выслушиваются, границы сердечной тупости увеличены. Кровяное давление не определяется. На уровне левого соска и на 1 см правее имеется колото-резаная ранка, размером $1 \times 0,5$ см, без кровотечения.

Перелито 250 мл протившоковой жидкости, введено 1 мл морфина, 2 мл камфарного масла, 1 мл кофеина.

Судя по общему состоянию, локализации и данным объективного исследования раны, предположено ранение сердца. Срочная операция начата под местной новокаиновой анестезией. Лоскутный разрез по А. Н. Бакулеву. Отсепарованы мягкие ткани, произведена резекция IV и V реберных хрящей. В плевральной полости жидкости нет. Обнаженный перикард растянут, темного цвета, напряжен, почти не пульсирует. На нем имеется раневое отверстие $0,5 \times 0,5$ см, закупоренное плотным кро-