

И. С. Безденежных и Л. Н. Девятова (1963) считают, что в весьма редких случаях возможно внутриутробное заражение сибирской язвой. Однако в доступной литературе мы не нашли подобных сообщений.

Мы наблюдали рождение здорового ребенка от женщины, больной сибирской язвой.

Р., 38 лет, домохозяйка, поступила в больницу 23/X 1959 г. с жалобами на недомогание, слабость, головную боль. Заболела 21/X. Заболевание началось с появления на указательном пальце левой руки красного пятнышка, которое увеличивалось в размерах, зудело, было приподнято над уровнем кожи; окраска его изменялась до медно-красного цвета с багровым отливом. Диагноз: сибирская язва указательного пальца левой кисти (кожная форма) средней тяжести.

Температура 37,5°, пульс 78, ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД 120/75. Границы сердца в норме, тоны приглушены. Лимфатические железы в левой подмышечной области увеличены, болезненны при пальпации.

На тыле указательного пальца левой руки пустула 0,5×0,3 см с багрово-фиолетовым содержимым. В дальнейшем на месте пустулы образовался западающий ниже поверхности кожи струп. От области центрального некроза развился отек мягких тканей левой кисти. В области отека и в центре пораженного участка на месте струпа нет болевой чувствительности. Кожа в области отека напряжена, лоснится. Вокруг черного некротического струпа узкая желтовато-гнойная каемка, на периферии — багровый вал.

Беременность около 9 месяцев. Положение плода продольное, предлежащая часть — головка. Сердцебиение плода ясное, слева.

Больной вводили противосибирязвенную сыворотку по 50 мл 2 раза в день (400 мл), пенициллин, биомидин, сердечные средства, поливитамины, внутривенно глюкозу. Местно — повязка с синтомициновой мазью, обкалывание в зоне поражения (300 000 ЕД пенициллина на 0,5% растворе новокаина).

17/X 1959 г. в личном хозяйстве была вынужденно убита корова. Разделкой туши занимались больная и ее муж. Муж заболел 19/X и скончался 24/X.

Из органов животного, а также содержимого язв больных была выделена сибирезавенная культура.

6/XI (на 17-й день болезни) у Р. родился здоровый доношенный мальчик. От матери его не изолировали. Питался он грудью. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые.

Мать и ребенок выписаны 20/XI в удовлетворительном состоянии.

Внутрикожная проба с антраксом у матери через 4; 7 и 9 лет после заболевания положительная (гиперемия с инфильтратом от 16 до 25 мм в диаметре), у ребенка в эти же сроки — отрицательная.

УДК 616—006.314.03

Канд. мед. наук Ю. А. Акимов, В. А. Бушмелев (Ижевск). Огромная лимфангиома шеи у новорожденного

В., 20 дней, поступила 30/I 1967 г. с врожденной прогрессивно увеличивающейся опухолью в правой надключичной области. Общее состояние ребенка средней тяжести. Вес — 6 кг. Инспираторная одышка. Число дыханий — 22 в мин. Другой патологии со стороны органов грудной клетки и брюшной полости не обнаружено.

Справа в подключичной области — опухоль 15×18×16 см. Кожа над ней синюшного цвета с многочисленной сетью расширенных и извитых кровеносных сосудов. Мягкие участки опухоли чередуются с туго-эластичными. Опухоль спаяна с подлежащими тканями, малоподвижна, безболезненна.

2/II 1967 г. под интубационным наркозом с капельным переливанием жидкостей (кровь — 100 мл, 5% раствор глюкозы — 200 мл и раствор Рингера — 100 мл) произведено удаление опухоли (В. А. Бушмелев). Для уменьшения кровопотери и облегчения выделения опухоли применена гидравлическая препаровка тканей 0,25% раствором новокаина 200 мл с 0,3 мл раствора адреналина 1:1000. Основание опухоли прилежало к ветвям плечевого нервного сплетения и правой подключичной артерии. Частично пересечены, но в последующем ушиты трапециевидная, лопаточно-подъязычная и переднелестничная мышцы. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей без повреждения крупных сосудов и нервов. Рана ушита с двумя резиновыми выпускниками, которые удалены через 2 дня.

Опухоль (вес — 550 г) состоит из множества кистозных полостей различных размеров, заполненных прозрачной белковой жидкостью желтоватого цвета или кровью. Стенки кист построены из рыхлой соединительной ткани с включением лимфатических узелков и крупных эозинофильных клеток. Стенки полостей выстланы эндотелиальными клетками. Гистологический диагноз: кистозная лимфангиома с включениями эозинофильных клеток.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8-е сутки. Девочка выписана на 20-й день в хорошем состоянии.

Смотрена через 3 года. Справа на шее — линейный белесоватый рубец, не спаянный с подлежащими тканями, безболезненный. Признаков рецидива опухоли не обнаружено. Движения головой не ограничены.