

ких — влажные и сухие хрипы, шум трения плевры с обеих сторон. Ригидность затылочных мышц. Сухожильные рефлексы отсутствуют.

Диагноз: карбункул носа, тромбофлебит вен основания черепа, менинго-энцефалит, септическая пневмония.

Назначены массивные дозы антибиотиков: пенициллин (внутримышечно, внутривенно и интракаротидно); стрептомицин, биомицин, левомицетин, дикумарин, тонизирующие средства, витамины, белковые препараты. Питание осуществлялось через зонд, так как акт глотания был нарушен.

Через двое суток от начала применения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако сознание оставалось затемненным, акт глотания — нарушенным. Коматозное состояние на фоне редкого дыхания продолжалось в течение почти двух недель.

7/IV окулистом было произведено дренирование обеих орбит по нижне-наружному краю, куда введены тонкие выпускники. Это мероприятие способствовало уменьшению воспалительного отека ретробульбарной клетчатки.

В ликворе от 7/IV выпала легкая фибриновая пленка.

В связи с явлениями кандидомикоза с 10/IV все антибиотики были отменены (всего больная получила 70 миллионов *ед.* антибиотиков), и в течение двух недель она получала нистатин.

Только на 16-й день после поступления появились проблески сознания, больная стала глотать, постепенно уменьшались симптомы ретробульбарного отека, сгладились менингеальные явления.

С 4/V постепенно начало восстанавливаться зрение левого глаза, со стороны правого глаза имелась атрофия зрительного нерва, паралич глазодвигательного нерва.

Через два месяца от начала заболевания больная стала вставать и ходить, и 10/VI выписана на амбулаторное лечение с некоторыми изменениями психической сферы.

Через год — общее состояние больной удовлетворительное, беспокоят временами головные боли, отмечает снижение памяти, увеличение веса тела. По заключению невропатолога, имеется дисэнцефалит с синдромом Иценко-Кушинга.

И. М., 11 лет, доставлен в больницу 15/VIII 1961 г. в крайне тяжелом состоянии со спутанным сознанием.

9/VIII во время игры получил удар мячом в область носа, где имелся фурункул. После удара появилась головная боль, боль в области левого глаза, левой щеки; температура повысилась до 39°.

Был госпитализирован в районную больницу, где в течение 5 дней проводилось лечение массивными дозами антибиотиков (пенициллин и стрептомицин). Однако состояние мальчика прогрессивно ухудшалось.

При поступлении Т° 39,7°, сознание спутано, адинамия. Всю левую половину лица занимает инфильтрат деревянистой плотности. На коже левой щеки, левом нижнем веке несколько отдельных гнойничков. Отек распространяется на правую половину лица, лоб, шею, веки. Из-за резко выраженного отека больной не может открыть глаз. При разведении век векоподъемниками в левой глазной щели обнаружено незначительное количество гноя, нерезкий экзофтальм. Инфильтрат левой щеки каменной плотности. Зубы интактны. Пульс 100. Тоны сердца приглушены. В легких — везикулярное дыхание. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с обеих сторон.

Диагноз: карбункул левой щеки, септический тромбофлебит вен основания черепа и вторичный гнойный менингит.

Через час после поступления под эфирно-кислородным наркозом произведены разрезы по краю нижнего и верхнего века, разрез, окаймляющий левое крыло носа на щеке, везде обнаружен некроз тканей. Вскрыто левое ретробульбарное пространство, откуда получено незначительное количество гноя.

Начато лечение массивными дозами антибиотиков (пенициллин, стрептомицин, тетрацилин). Состояние мальчика несколько улучшилось, исчезли менингеальные симптомы, но сознание оставалось спутанным и общее состояние — тяжелым.

16 и 19/III 1961 г. из крови выделен золотистый гемолитический стафилококк. В гное, полученном при разрезах на лице, выделена та же флора. Выделенный стафилококк не чувствителен ни к пенициллину, ни к стрептомицину, высоко чувствителен к тетрацицину. Пенициллин и стрептомицин отменены и назначен тетрацилин и эритромицин. После дачи этой комбинации антибиотиков состояние мальчика стало быстро улучшаться.

Выписан на 29-й день по выздоровлении.

УДК 616.36—616—006.2—616.366—003.7

Е. П. Архипов (Бугульма). Сочетание паразитарной кисты печени с калькулезным холециститом

С., 49 лет, поступила 14/VII 62 г. по поводу обострения хронического холецистита. Жалуется на постоянные сильные боли в правом подреберье, тошноту. С января 1962 г. было 3 приступа аналогичных болей, державшихся по 3—4 дня.

Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Болезненность, незначительный дефанс и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом верхнем квадранте живота, положительные симптомы Керра, Георгиевского-Мюсси, боль в 7-й точке. Пальпируется увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь. Кал нормальной окраски. Пульс 66.

14/VII: Л. — 9500, РОЭ — 30 мм/час. Моча — без патологии.

16/VII: порции желчи А и С содержат лейкоциты, слизь, эпителий.

21/VII — холецистография. Обнаружена округлой формы гомогенная тень с четкими ровными контурами, расположенная на уровне 11—12 грудных и 1 поясничного позвонков.

24/VII при обзорной рентгеноскопии живота на том же уровне под тенью сердца определяется неправильно округлая тень диаметром около 10 см, частично избыточная. В косых положениях тень расположена ближе кпереди. Отмечается передаточная пульсация. Видимых изменений со стороны органов грудной клетки, желудка и дуоденум не выявляется.

Предоперационный диагноз: подострый калькулезный холецистит, эхинококковая киста левой доли печени (?).

26/VII — операция (Е. П. Архипов) под потенцированным масочным эфирно-кислородным наркозом. Доступ по Рио-Бранко.

Желчный пузырь рубцово изменен, флегмонозно воспален, тело его укутано припавшимся сальником, шейка замурована в спайках и рубцах, пальпируется камень овальной формы $3 \times 1,5$ см; от края левой доли печени исходит неправильной шаровидной формы киста туго эластической консистенции с плотной, гладкой стенкой, спаянной плоскостными спайками с окружающими органами и тканями. Киста выделена от спаек, произведена краевая резекция печени вместе с кистой. Рана печени ушита П-образными кетгутowymi швами и перитонизирована. Подведен дренаж. Желчный пузырь с трудом выделен от спаек, удален от шейки и при этом пересечен общий желчный проток. Концы протока выделены и сшиты на дренажной трубке по типу скрытого дренажа. Подведены марлевые турунды и резиновый дренаж. Швы на рану.

Киста 9×10 см, заполнена кашицеобразной жировой массой сероватого цвета с прожилками желчи. Стенка ее на разрезе неравномерной толщины, плотная с известковыми включениями. Внутренняя поверхность кисты блестящая, в морщинистых складках и перекалдинах. Гистологически стенка состоит из фиброзной ткани.

Послеоперационный период осложнился холангитом с желтухой и образованием наружного желчного свища, из которого ежесуточно выделялось 300—500 мл желчи при окрашенном стуле. Внутренний дренаж отошел через месяц после операции, желчный свищ закрылся на 65 день. Явной и скрытой желтухи нет. Кал нормальной окраски. Выписана 18/X-62 г. с хорошими гемопоказателями, с жалобами лишь на ощущение тяжести в области эпигастрия.

УДК 616.346.2—002—616.981.57

Г. П. Ельшевич (Орел). Забрюшинная газовая флегмона с затеком на бедро как осложнение перфоративного аппендицита при ретроцекальном положении отростка

При деструктивных формах аппендицита с ретроцекальным расположением отростка может возникнуть такое тяжелое осложнение, как забрюшинная флегмона. В. Ф. Войно-Ясенецкий отмечает, что эти флегмоны иногда могут иметь характер газовых флегмон.

С., 80 лет, доставлен в больницу 13/VIII-60 г. в 14 час. 45 мин. врачом скорой помощи. 3/IV почувствовал общую слабость. С 11/IV отмечает задержку газов и стула, боли в правой ноге и животе. Больной дряхлый, упитанность понижена. Дыхание ослаблено. Тоны сердца глухие, пульс 104, ритмичный, слабого наполнения. Язык слегка обложен белым налетом. Живот вздут, в акте дыхания участвует, мягкий, болезненный больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень и селезенка не пальпируются. В поясничной области справа, с переходом в подвздошную область определяется припухлость, при пальпации — крепитация. Правое бедро значительно большего объема, чем левое, при пальпации болезненность и крепитация на бедре и в пахово-мошоночной области. Наружных повреждений нет.

После сифонной клизмы отошли газы, живот стал менее вздутым. Назначены сердечные средства, антибиотики.

В 23 час. 30 мин больной впал в бессознательное состояние и в 0 час. 10 мин. 14/VIII умер, пробыв в отделении 7 часов.

Диагноз: газовая флегмона правого бедра. Копростаз. Общий атеросклероз. Эмфизема легких. Выписка из протокола вскрытия. Аппендикс располагается ретроцекально, утолщен, покрыт флегмонозными наложениями, спаян с задней стенкой слепой кишки. Апикальная часть отростка разрушена. Слепая кишка и аппендикс спаяны с париетальной брюшиной, которая пропитана жидким гноем. Подвздошно-поясничная мышца на всем протяжении пропитана зловонными мутными гнойными