

АУТОТРАНСФУЗИЯ КРОВИ В ХИРУРГИИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

И. Н. Пиксин и И. И. Клюев

Республиканская больница Мордовской АССР (главврач — В. И. Колобаев)

Переливание крови, взятой у больного за несколько дней до операции, применял Зильберберг при тяжелых операциях. В Советском Союзе этот метод был применен в 1934 г. С. Л. Дошоянцем. За 3—4 дня до операции у больного из вены брали 150—200 мл крови, смешивали с раствором лимоннокислого натрия и хранили в холодильнике. Во время операции или непосредственно вслед за ней при соответствующих показаниях эту кровь вливали больному внутривенно.

За 3 года (1965—1967) в хирургическом отделении Мордовской республиканской больницы нами применено, наряду с предоперационной подготовкой, переливание собственной крови 52 больным (во время операции по поводу тиреотоксического зоба или сразу после нее). В возрасте до 30 лет было 6 больных, от 31 до 40 лет — 16, от 41 до 50 лет — 12, от 51 до 60 лет — 16 и старше — 2. Мужчин было 2, женщин 50. Первичный тиреотоксикоз был у 34 больных и вторичный — у 18. С легкой формой тиреотоксикоза было 14 больных, со средней — 18 и с тяжелой — 20. У 24 больных тиреотоксикоз сопровождался миокардиодистрофией, мерцательной аритмией.

Субфасциальная, субтотальная резекция по О. В. Николаеву произведена у 42 больных, резекция доли — у 6, энуклеация узла — у 3 и резекция зоба по А. В. Мартынову — у 1. При операциях применяли местное обезболивание по методу А. В. Вишневого.

Кровь брали за 4—6 дней до операции. Осложнений не наблюдалось, жалоб больные не предъявляли. Все они перенесли кровопускание хорошо.

Систолическое АД во время и в 1-й день кровопускания у 18 больных упало на 10—40 мм рт. ст. У всех этих больных до кровопускания было высокое АД. Частота пульса у 50 больных осталась без изменений и только у 2 повысилась до 120.

На второй день после кровопускания у 14 больных отмечено понижение гемоглобина на 0,1—2 г% и уменьшение числа эритроцитов на 60—290 тыс. в мм³. У 10 больных, у которых до взятия крови содержание гемоглобина было ниже 10 г%, ко дню выписки после операции оно возросло до 12—14,8 г%, т. е. повысилось на 1—3,8 г%.

Послеоперационный период только у 8 больных протекал с явлениями тиреотоксического криза средней тяжести: температура у них достигала 38—39°, частота пульса — 100—140.

Таким образом, обратное переливание крови во время операции или непосредственно за ней наряду с тщательно проведенной комплексной предоперационной подготовкой способствует предупреждению послеоперационных осложнений и гладкому течению послеоперационного периода.

УДК 616.927—616.1

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ БРЮШНОГО ТИФА

Г. Н. Кареткина

Кафедра инфекционных болезней (зав.—проф. К. В. Бунин) I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова

Степень поражения сердечно-сосудистой системы при брюшном тифе в определенной мере зависит от тяжести его клинического течения. Как правило, чем тяжелее протекает заболевание, тем более часто и резко нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы.

Нами изучено функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у 125 взрослых больных брюшным тифом, из них у 18 болезнь протекала тяжело.

Все больные получали лечение левомецетином по схеме длительного непрерывного применения.

Клинические признаки поражения сердечно-сосудистой системы в настоящее время даже при тяжело протекающем брюшном тифе обнаруживаются нечасто. Небольшое расширение границ сердечной тупости было лишь у 1 больного (из 18), систолический шум на верхушке выслушивался у 3, приглушенность тонов сердца отмечена у 10 в разгаре заболевания, относительная тахикардия — у 3 в лихорадочном периоде, у 7 частота

пульса соответствовала уровню температуры, у 8 наблюдалась относительная брадикардия. У больных описываемой группы была выраженная гипотония, причем систолическое АД снижалось в большей степени в остром периоде заболевания, диастолическое же — в первые дни нормальной температуры.

Признаки поражения миокарда проявлялись на ЭКГ чаще всего в изменениях зубца Т: уменьшение высоты и направления его обнаружены у 14 больных, преимущественно в острой фазе заболевания, но нередко и в периоде реконвалесценции. Замедление предсердно-желудочковой проводимости констатировано у 2 больных, уширение комплекса QRS — у 5 (как правило, при нормальной температуре); малый вольтаж всех зубцов ЭКГ — у 3 больных в разгар болезни и в периоде начальной реконвалесценции. У 6 больных в периоде нормализации температуры обнаруживалась синусовая аритмия.

В остром периоде заболевания продолжительность фазы напряжения у 5 больных была увеличена до $0,11-0,12$ сек., однако в среднем оставалась нормальной ($0,095 \pm 0,004$ сек.). Фаза изгнания была укорочена по сравнению с должными величинами у всех больных в разгаре болезни, что связано, очевидно, как с ухудшением сократительной способности миокарда, так и с уменьшением наполнения сердца кровью. Механическая и электромеханическая систолы также были у всех больных укорочены. Величина механического коэффициента колебалась в пределах $1,50-2,62$, составляя в среднем $1,97 \pm 0,80$, что значительно меньше нормальной величины.

В 1-й день апирексии отмечалось удлинение фазы напряжения ($0,0114 \pm 0,005$ сек.); у отдельных больных продолжительность ее достигала $0,13-0,14$ сек. Фаза изгнания, механическая и электромеханическая систолы остались укороченными.

По мере выздоровления у большинства больных показатели фаз систолы приближались к нормальным. Однако и перед выпиской из клиники продолжительность фазы напряжения несколько превышала нормальную ($0,109 \pm 0,003$ сек.), а у 8 реконвалесцентов она достигала $0,11-0,12$ сек.

Продолжительность фазы изгнания, механической и электромеханической систол оставалась несколько укороченной по сравнению с нормой, однако различие было несущественным. Коэффициент Блумбергера был уменьшен и у реконвалесцентов (2,37) как за счет укорочения фазы изгнания, так и вследствие удлинения фазы напряжения.

УДК 618.2—618.146—616—006.327.03

СОЧЕТАНИЕ МАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И БОЛЬШОЙ ШЕЕЧНОЙ МИОМЫ МАТКИ

А. Балаш и К. Марчински

Г клиника акушерства и гинекологии в Кракове (директор — проф. др. Стефан Шварц)

Вопрос развития беременности в миоматозной матке занимает видное место в мировой литературе.

По мнению большинства авторов, женщины, страдающие миоматозом матки, беременеют редко (в $0,6-1\%$). Если же женщина, страдающая миоматозом матки, беременеет, то беременность эта в $20-30\%$ кончается абортom. Оперативное лечение миом матки во время беременности посредством удаления узлов с сохранением беременности является трудной задачей (исключение составляют субсерозные миомы). Особенно трудно сохранение беременности после удаления шейечной миомы больших размеров. По мнению некоторых авторов, аборт или преждевременные роды наступают в $21-24\%$ при удалении миом из беременной матки, а удаление шейечной миомы матки очень редко приводит к сохранению беременности до срока родов. Прерывание беременности влагалищным путем при наличии большой шейечной миомы матки является опасным для жизни беременной, а у некоторых больных и технически невыполнимо. Мы наблюдали беременную, поступившую в клинику для прерывания беременности на 16-й неделе по медицинским показаниям, но инструментальное прерывание беременности оказалось невозможным.

С., 30 лет, прибыла 7/I 1965 г. из районного госпиталя для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям (стеноз устья аорты). Последняя менструация 15/IX 1964 г. Дважды роды закончились нормально. Последние роды были семь лет назад. Абортов не было.

Шейка матки мягкая, подтянута вверх твердой опухолью величиной с головку новорожденного. Дно матки на уровне пупка. Матка мягкая, малоподвижная, находится над опухолью шейки матки, блокирующей вход в малый таз. Придатки не изменены.

Диагноз: беременность сроком 16 недель, большая миома шейки матки.

Так как инструментальное прерывание беременности влагалищным путем в данном случае невозможно, а донашивание беременности опасно для жизни матери, решено удалить беременную матку.