

предсердия большая зияющая рана, свободно пропускающая два пальца в полость правого предсердия. Из раны вялой струей при каждом очередном сокращении сердечной мышцы вытекает небольшая порция (2—3 мл) темной крови. Рану ушили пятью шелковыми швами. После ушивания раны сердце сразу же стало тугоэластичным и приняло нормальные контуры и размеры (увеличилось до размеров мужского кулака). Сокращения сердечной мышцы стали более активными. При ревизии задней стенки сердца раневого дефекта не обнаружено. На рану перикарда наложили редкие кетгутовые швы. Из плевральной полости удалили около 2,5 л кровавых сгустков и жидкой крови. Коллабировавшее легкое удалось частично расправить с помощью наркозного аппарата. Плевральную полость послойно ушили с фиксацией в операционной ране ирригационной трубки, через которую ввели 500 тыс. ед. стрептомицина в 50 мл 0,25% раствора новокаина.

Во время операции внутриартериально нагнетено 450 мл и внутривенно струйно перелито 800 мл крови. Продолжительность операции — 40 мин.

По окончании первой операции пульс 100, АД 85/52. При продолжающемся эндотрахеальном наркозе и под защитой внутривенной трансфузии крови и полиглюкина произведена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости ранения их не обнаружено. Края проникающей ножевой раны в левой подвздошной области иссечены. Рана ушита. Брюшная полость ушита наглухо после введения 300 тыс. ед. пенициллина. За время второй операции струйно перелито 800 мл крови и 200 мл полиглюкина. АД 90/60. Пульс 105, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Послеоперационный период в первые восемь дней протекал тяжело и сопровождался повышенной температурой (37,4—38°), высоким лейкоцитозом, метеоризмом и тахикардией. Рентгеноскопически (16/X 1967 г.) отмечалось расширение границ сердца и свободная жидкость в левой плевральной полости. Пункцией в VI левом межреберье удалено 200 мл геморрагической жидкости. Заживление ран первичным натяжением.

5/XI 1967 г. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.71—018.46—002

Н. В. Билокин и М. М. Кайзерман (Казань). Комплексное лечение больного острым гематогенным остеомиелитом

Е., 16 лет, поступил в хирургическое отделение 15/X 1965 г. с жалобами на боли в правом бедре, головную боль, высокую температуру. Заболеванию предшествовало сильное переохлаждение. 11/X внезапно почувствовал боль в области верхней трети правого бедра, усиливающуюся при ходьбе. 13/X состояние ухудшилось, появилась головная боль, слабость, резкие боли в бедре, температура повысилась до 40°.

При поступлении состояние больного тяжелое, сознание спутанное, температура 40°. Пульс 126, АД 110/50. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Правая нога в полусогнутом состоянии. В области большого вертела и верхней трети правого бедра небольшая плотная резко болезненная припухлость, кожа над ней горячая. Активные движения в правом тазобедренном суставе из-за боли невозможны.

Нб.—80 ед. (13,3 %), Э.—4 080 000, Л.—9000, п.—10%, с.—68%, л.—14%, м.—8%, РОЭ—48 мм/час. Моча в норме.

Клинический диагноз: острый гематогенный остеомиелит, септическое состояние. Больному назначены пенициллин, стрептомицин, преднизолон, промедол, витамины, сердечно-сосудистые средства; сделана иммобилизация конечности лонгетой.

На рентгенограммах от 18/X правого тазобедренного сустава, бедра и органов грудной клетки патологических изменений не обнаружено.

19/X произведена пункция инфильтрата в области большого вертела. Получен гной. Гнойник вскрыт, рана рыхло затампонирована марлевыми выпускниками с подведением резиновых трубок. В рану введены стрептомицин и пенициллин. В последующие дни состояние больного остается крайне тяжелым. 21/X под общим обезболиванием произведено фрезевание правой бедренной кости в средней трети по Ворончихину.

Назначен сульфодимезин. Перелито 250 мл крови. В последующем ежедневно переливали нативную плазму по 100 мл в сутки. Состояние больного по-прежнему оставалось тяжелым.

23/X на рентгенограмме легких выявлена септическая метастатическая двухсторонняя пневмония. Пенициллин заменен эритромицином, начато введение стрептомицина игалационно.

При посеве гноя из раны выделен строфилококк, чувствительный только к левомицетину и биомицину. Лечение дополнено включением этих антибиотиков.

3/XI (на 18-й день заболевания) на рентгенограммах по ходу костномозгового канала правого бедра отмечены единичные небольшие очаги деструкции и отслоение надкостницы по внутренней поверхности бедра на протяжении 15 см. Последующее течение процесса было сравнительно гладким. Кашля и выделения мокроты не было.

На 32-й день заболевания на рентгенограммах правого бедра выявлен обширный остеомиелитический процесс, доходящий до средней трети бедра; множественные мелкие очаги деструкции головки и шейки бедра.

На рентгенограмме от 17/III 1966 г. виден большой центральный секвестр на протяжении 10 см на границе верхней и нижней трети правого бедра, полное расплавление головки бедра, расширение вертлужной впадины.

7/IV произведена некрэктомия верхней трети правого бедра. Свободная от секвестра полость закрыта мышцей на ножке.

После операции состояние больного стало постепенно улучшаться, температура нормализовалась, аппетит улучшился, больной стал поправляться.

В итоге длительного комплексного лечения у больного удалось сохранить конечность с анкилозом тазобедренного сустава. Правая нога укорочена на 3 см, атрофия мышц бедра на 4 см. Движения в тазобедренном суставе отсутствуют. Больной ходит, слегка прихрамывая.

УДК 616.411—089.87

З. В. Ильясова (Казань). Спленэктомия при болезни Верльгофа

В вопросе о показаниях к спленэктомии нужно руководствоваться принципом неотложности этой операции во всех случаях тромбоцитопенических кровотечений, угрожающих жизни больного. Все консервативные методы остановки кровотечения при этом оказываются безрезультатными. Спленэктомия в таких случаях является одним из наиболее мощных средств в системе кровоостанавливающих мероприятий.

Из терапевтического отделения 6-й городской клинической больницы в 1967—1968 гг. переведены в хирургическое отделение для спленэктомии 2 больных в острой стадии болезни Верльгофа.

1. А., 16 лет, поступила в терапевтическое отделение 25/1 1968 г. по поводу профузного маточного и носового кровотечения. Состояние больной тяжелое, положение пассивное. Головокружение, сонливость, шум в ушах, зевота. Резкая бледность кожных покровов и слизистых. Кровоизлияния на слизистых полости рта. Пульс 120, АД 110/60. Систолический шум на всех точках сердца. Дыхание везикулярное. Печень, селезенка не увеличены. Резко выражен симптом шипка. Длительность кровотечения — 9 мин. 15 сек. Ретракция сгустка — 0. Нв. 5%, Э.— 2 460 000, Л.— 9250, тромбоцитов 22 140, ретикулоцитов 6,5%. Сдвиг нейтрофилов до миелоцитов. Полихромазия, базофильные нормобласты единичны. Костный мозг грудины богат клеточными элементами миелоидного ряда и особенно эритроидного ростка. Соотношение Л:Э = 1:1. Отмечается реактивная гиперплазия эритробластического типа с повышенным эритропоезом. Мегакариоцитарный аппарат сохранен. В зрелых мегакариоцитах отсутствует процесс образования пластинок. Реакция Кумбса отрицательная. Четырехкратное переливание крови, двукратное переливание тромбоцитарной массы и введение других гемостатических средств в сочетании с кортикостероидами (преднизолон 100 мг в день) оказались безрезультатными. Кровотечение продолжалось, состояние больной ухудшалось. Нв. 4%, Э.— 1 890 000, тромбоцитов 11 340 (ниже критической цифры).

Под прикрытием переливания крови, кортикостероидов и интубационного обезболевания с применением релаксантов у больной удалена селезенка. К концу операции кровотечение прекратилось.

Через час после удаления селезенки произведено контрольное исследование костного мозга грудины. Отмечено оживление пластинообразовательной функции мегакариоцитов. Уже на операционном столе увеличилось число тромбоцитов с 11 340 до 43 320. Через 48 часов тромбоцитов 157 940. Максимальный подъем тромбоцитов — на 9-й день после операции (661 440). А., выписана в хорошем состоянии.

Через месяц после операции состояние хорошее, кровотечения нет, тромбоцитов 364 000.

2. Ю., 63 лет, с 1955 г. страдает тромбоцитопенической пурпурой, которая проявлялась кожными геморрагиями, носовыми, кишечными кровотечениями. Проводилось комплексное лечение гемостатическими средствами, переливаниями крови, кортикостероидами (преднизолон 30—50 мг). Кровотечение удавалось купировать на какое-то время, затем снова все повторялось.

Учитывая частые рецидивы кровотечений с укорочением сроков ремиссий, малую эффективность лечения гормонами, в январе 1967 г. в фазе острого кишечного кровотечения удалена селезенка под прикрытием кортикостероидов. Кровотечения прекратились.

Состояние Ю. хорошее. Он активен, трудоспособен.

УДК 616.61—006

М. М. Кайзерман и Н. В. Билюкин (Казань). Аденокарцинома правой почки, симулировавшая эхинококковую кисту

С., 20 лет, поступил в инфекционное отделение 1/X 1966 г. Заблел остро, температура повысилась до 39°.