

10/XII-58 г., то есть через 13 дней после отмены антибиотиков, при посевах крови, осадка мочи, фекалий, содержимого везикул, расположенных на левом предплечье, отделяемого из язвы на крестце и с угла губ *C. albicans* не обнаружены. Единичные колонии грибка выросли при посевах мазков со слизистой рта.

20/XII-58 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии.

11. Б-ной В., 51 г., поступил в клинику 30/VIII-57 г., с жалобами на постоянную сильную одышку и приступы удушья, кашель с обильной слизисто-гноющей мокротой, похудание, резкую слабость и повышенную температуру. Болен с 1943 г., дважды перенес воспаление легких и плеврит. С 15/VIII-57 г. состояние ухудшилось. Повысилась температура до 38°, усилилась одышка, появились боли в грудной клетке, участились приступы удушья.

Состояние тяжелое, положение в постели вынужденное, полусидячее. Цианоз слизистых и акроцианоз. В легких справа спереди, начиная с IV межреберья и под лопаткой укорочение перкуторного звука, на остальном протяжении коробочный звук. В подлопаточной области справа множество мелкопузырчатых хрипов. На остальном протяжении легких дыхание ослаблено. Число дыханий — 32. Границы сердца расширены, тоны приглушены. Пульс — 96, слабого наполнения. АД — 80/60. Печень прощупывается ниже реберной дуги на 3 см, селезенка не прощупывается. Мочеиспускание, стул в норме.

Рентгеноскопия грудной клетки от 2/IX-57 г. — данные за нижнедолевую хроническую интерстициальную пневмонию в стадии обострения и инфильтрации.

Диагноз. Хроническая интерстициальная пневмония. Пневмосклероз. Хронический бронхит. Бронхоэктазия. Эмфизема легких. Легочно-сердечная недостаточность III степени.

Б-ной получал пенициллин (всего 4 800 000 ед.), сердечные, отхаркивающие, кислород, хлористый кальций, отвлекающие процедуры, мочегонные, проводились разгрузочные дни. Состояние оставалось тяжелым. Температура была высокой, появились отеки верхних и нижних конечностей, туловища, половых органов, асцит.

14/X-57 г. в мокроте обнаружены дрожжеподобные грибки. Был заподозрен кандидомикоз легких. Отменен пенициллин. Через 6 дней после этого температура понизилась до нормы.

В мокроте от 27/X-57 г. дрожжеподобные грибки не обнаружены. Общее состояние несколько улучшилось. По настойчивой просьбе больной выписан из клиники.

Приведенные случаи указывают на необходимость систематических исследований на дрожжеподобные грибки экскретов, главным образом, осадков мочи ослабленных больных, длительно лечащихся антибиотиками, с тем, чтобы принять своевременные меры для предупреждения и лечения кандидомикозов.

#### Канд. мед. наук Я. С. Циммерман (Ижевск). О лечебном действии минеральной воды Ново-Ижевского источника при заболеваниях пищеварительного аппарата

Ново-Ижевский источник был открыт в 1949 г. в районе Ижевска и быстро получил признание. С начала 1958 г. на базе источника открыт санаторий «Металлург».

Вода «Ново-Ижевского источника» содержит ряд активно действующих микроэлементов: бром (17,7 мг/л), йод (1,3 мг/л), литий, стронций, марганец, и обладает небольшой радиоактивностью (1,10 ед. Махе).

Эффективность источника была прослежена у 214 больных, страдающих хроническими заболеваниями печени и желчных путей типа холецистита, холецистогепатита (у 144), хроническими гастритами и гастродуоденитами (у 46), язвенной болезнью в стадии нерезкого обострения (у 24 — при отсутствии кровотечения и сужения привратника).

Минеральная вода назначалась внутрь 3 раза в день по  $\frac{3}{4}$  стакана, время ее приема до еды и температура варьировались в зависимости от характера заболевания и кислотности желудочного сока. Курс лечения в стационаре — обычно 3—4 недели, с соблюдением диеты, но медикаментозная терапия у них не применялась.

Диспептические жалобы прекращались обычно уже спустя 7—12 дней от начала лечения. Нормализовался (при микроскопическом исследовании) и состав желчи, получаемой при дуоденальном зондировании: порции «А» — у 32,5%, порции «В» — у 43%, порции «С» — у 31%. Наконец, у 30,5% была отмечена нормализация ранее субфебрильной температуры тела.

Наблюдались нормализация типа желудочной секреции и ускорение элиминации краски нейтральрот слизистой оболочкой желудка к концу курса лечения. Терапевтический эффект был достигнут у 78,5% при хронических холецистогепатитах, у 74% — при гастритах и гастродуоденитах и у 70,8% — при язвенной болезни.

#### Доц. В. А. Бахтияров и Г. М. Казаков (Свердловск). Патоморфология хронического неспецифического мезентериального лимфаденита у детей

Произведено детальное гистологическое исследование (окраска гематоксин-эозином и по Ван-Гизону) брыжеечных лимфоузлов и червеобразных отростков у 16 детей (7 мальчиков и 9 девочек), страдающих хроническим неспецифическим мезенте-

риальным лимфаденитом и ошибочно оперированных нами с диагнозом хронического аппендицита, поскольку дети жаловались на схваткообразные кратковременные боли в животе, плохой аппетит, периодические запоры или поносы при нормальной температуре.

При операции, как правило, обнаруживались резко увеличенные мезентериальные лимфоузлы с гистологическими изменениями типа хронического неспецифического воспаления (гиперплазия фолликулов, расширение краевых и промежуточных синусов, десквамация эндотелия, утолщение капсулы и развитие элементов соединительной ткани). В червеобразных отростках не обнаружено каких-либо морфологических изменений. Следовательно, при аппендэктомиях по поводу хронического аппендицита у детей, когда отросток оказывается неизмененным, необходимо тщательно осматривать брыжейку и ее корень.

#### К. П. Кузьмин (Остров). К казуистике торако-абдоминальных ранений

Комбинированные ранения грудной и брюшной полостей относятся к наиболее тяжелым травмам.

Клиническая картина их отличается сложностью и разнообразием, так как включает симптомы со стороны органов грудной, брюшной полости, диафрагмы и развивается на фоне шока и коллапса.

Этим можно объяснить тот большой процент диагностических ошибок, который наблюдался в период минувших войн и, по-видимому, продолжает иметь место в практике мирного времени при распознавании подобных ранений.

Наше наблюдение касается 6-ного Ф., 48 лет, получившего в марте 1958 г. ножевое ранение в область 9-го межреберья по лопаточной линии левой половины грудной клетки. Вскоре после травмы в участковой больнице произведена обработка раны, наложены швы, и через 6 часов после ранения больной доставлен в хирургическое отделение районной больницы г. Острова.

Состояние тяжелое; он беспокоен, жалуется на боли в левой половине грудной клетки и в верхнем отделе живота. Неоднократная рвота цвета «кофейной гущи». В окружности ранее ушитого раневого отверстия — умеренно выраженная подкожная эмфизема. Пульс — 115, ритмичен, среднего наполнения. АД — 135/100. Границу сердца слева определить не удается из-за тимпанита. Правая граница — на 2 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко приглушены на верхушке, но отчетливо выслушиваются в других точках. Перкуторный звук над легкими справа — легочной, слева по передней поверхности — с тимпаническим оттенком, в заднебоковых отделах укорочен. Дыхание справа — везикулярное, слева — ослабленное, жесткое. Язык влажный. Живот правильной формы, несколько втянут. В акте дыхания заметно отставание верхнего отдела живота, где отмечается напряжение мышц брюшного пресса. Симптомы раздражения брюшины выражены неубедительно. Кишечные шумы звучные, обычной интенсивности, прослушиваются даже со стороны грудной клетки слева от мечевидного отростка.

Срочно под местной анестезией верхне-срединным разрезом вскрыта брюшная полость (К. П. Кузьмин). Рукой, подведенной под левый купол диафрагмы, удалось установить, что в последней имеется дефект, выполненный выпавшими в плевральную полость брюшными органами (дно желудка, селезеночный угол ободочной кишки, петли тонкого кишечника).

Пришлось перейти на эфирный наркоз и произвести дополнительный разрез по краю левой реберной дуги, что позволило извлечь выпавшие в плевральную полость ущемившиеся в раневом отверстии диафрагмы органы брюшной полости и осмотреть купол диафрагмы. Рана диафрагмы размером 6×5 см располагалась в верхне-заднем ее отделе. Через рану из плевральной полости выделилось большое количество крови и желудочного содержимого.

Рана желудка, размером 3×1 мм, располагалась по большой кривизне, несколько выше места прикрепления селезеночно-желудочной связки. Раневое отверстие ушито двухрядными швами.

На рану диафрагмы удалось наложить отдельные шелковые швы. В брюшную полость введены антибиотики. Рана брюшной стенки послойно ушита наглухо.

Послеоперационный период осложнился гемоплевритом. Выписан на 33 день после поступления в хорошем состоянии.

Осмотрен через 3 месяца. Жалоб не предъявляет. Работоспособен. При рентгенокопии органов грудной клетки выявлены незначительные плевральные наслоения в нижне-боковых отделах левого легкого.

Примененный нами хирургический доступ, разработанный и предложенный А. Н. Мачабели (Хирургия, 1957, прилож., стр. 78) при левосторонних диафрагмальных грыжах, рекомендован и при левосторонних торако-абдоминальных ранениях. Однако число применений его в острых случаях указанных ранений сравнительно невелико, и потому мы полагаем, что наше наблюдение заслуживает опубликования.