

ческие состояния, дважды — гипогликемические комы. Через 6 лет эндокринолог, наблюдавший больного, обратил внимание на диффузное потемнение кожи и заподозрил развитие надпочечниковой недостаточности. Однако при опросе больного выяснилось, что потемнение кожи появилось около 10 лет назад (в 45 лет) и предшествовало сахарному диабету. Интенсивность пигментации кожи нарастала постепенно. Трудовая деятельность больного не связана с веществами, вызывающими изменение окраски кожи.

Общее состояние больного при поступлении удовлетворительное, телосложение правильное, рост — 168 см, масса тела — 65 кг. Кожа серовато-коричневого цвета, открытые части тела окрашены более интенсивно. Левая граница сердца смещена на 1,5 см, тоны его приглушены, пульс — 68 уд. в 1 мин, АД — 19,3/11,3 кПа. Сдвигов со стороны органов дыхания не выявлено. Верхняя граница печени не изменена, нижняя — по правой срединно-ключичной линии на 10 см ниже реберной дуги, по срединной линии — на 16 см, по левой срединно-ключичной — на 6 см. Печень плотная, при пальпации безболезненная, с ровной поверхностью. Селезенка не пальпируется. Анализ крови: эр. —  $4,0 \cdot 10^{12}$  в 1 л, Нб — 8,37 ммоль/л, цв. показатель — 1,0, ретикулоц. — 0,6%, тромбоц. —  $160 \cdot 10^9$  в 1 л, л. —  $6,7 \cdot 10^9$  в 1 л, с. — 65%, лимф. — 32%, мон. — 3%, СОЭ — 12 мм/ч. Анализ мочи без особенностей. ЭКГ — синусовая аритмия с частотой сердечных сокращений от 63 до 46 в 1 мин, метаболические изменения в миокарде. При поступлении глюкоза крови — 9,625 ммоль/л, глюкоза мочи — 15 г/л, суточная глюкозурия — 22 г. При выписке глюкоза крови — 4,675 ммоль/л, глюкоза мочи — 5 г/л, суточная глюкозурия — 10 г. Билирубин сыворотки крови — 6,84 мкмоль/л (прямой — 3,42, непрямой — 3,42), сулемовая проба — 1,8 мл, холестерин — 4,45 ммоль/л, аспартат-аминотрансфераза — 566,7 имоль/(с.л.), аланин-аминотрансфераза — 388,9 имоль/(с.л.). Общий белок — 90 г/л, альбумины — 52 г/л:  $\alpha_1$ - и  $\alpha_2$ -глобулины — 0,11,  $\beta$ -глобулины — 0,11,  $\gamma$ -глобулины — 0,26. Свертываемость крови по Ли — Уайту — 7 мин, свободный гепарин — 1 ед./мл, гематокрит — 0,51 л/л, протромбиновый индекс — 82%, фибриноген — 2,7 г/л, фибринолиз — 7%, процент собственной ретракции — 53. 17-КС — 66,9 мкмоль/сут. Негемоглобиное железо сыворотки крови — 28,6 мкмоль/л, железосвязывающая способность сыворотки — 56 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом — 50%.

Диагноз был поставлен на основании имеющихся у больного сахарного диабета, увеличения печени, пигментации кожных покровов, а также повышенного уровня негемоглобинового железа и высокого коэффициента насыщения трансферрина железом. Результаты этого наблюдения подтверждают предположение о трудности диагностики гемохроматоза, особенно на ранних этапах его развития. Так, у нашего больного он был выявлен лишь через 10 лет от начала возникновения.

Гемохроматоз в данном случае проявился сахарным диабетом — его наименее постоянной и поздно развивающейся стадией. Предшествовавшая сахарному диабету пигментация кожи была выражена очень умеренно и привлекла внимание эндокринолога лишь через 6 лет диспансерного наблюдения, когда интенсивность кожной пигментации стала нарастать. Другой особенностью диабета в нашем случае явилась значительная потребность в инсулине уже при первом обращении, тогда как обычно сахарный диабет вначале протекает легко.

УДК 616.25—002.3—06:616.712—002.36

**Ю. И. Горшков, В. И. Тутиков, В. Ю. Горшков (Арзамас, Горьковская обл.).**  
**Лечение эмпиемы плевры, осложненной флегмоной грудной стенки**

Мы наблюдали 16 больных (15 мужчин, 1 женщина) с гнойным плевритом, осложненным флегмоной грудной клетки. Возраст больных колебался от 8 до 62 лет. У 4 из них процесс локализовался слева, у 12 — справа. Флегмона в границах грудной клетки была обнаружена у 4 больных, с распространением на брюшную стенку, забрюшинное пространство — у 10, с распространением на брюшную стенку, забрюшинное пространство — у 10, с захватом области ягодиц, бедра, мошонки — у 2. Обширная гнойная флегмона отмечена у 7 пациентов, гнилостная с некротическим компонентом — у 9. Из гноя был высеян золотистый стафилококк и кишечная палочка.

У 6 больных эмпиема плевры с флегмоной возникла на почве абсцедирующей пневмонии (3) и гангрены легкого (3), у 9 — после операций на органах грудной клетки, у 1 — после травмы.

При метапневмонической эмпиеме ведущим фактором в развитии флегмоны грудной стенки является высокая вирулентность микробной флоры, обуславливающая значительную распространенность процесса в легких и плевре. Как показали патогистологические исследования, в париетальной плевре возникают участки некроза. В результате этого париетальная плевра теряет барьерные функции и процесс переходит на мягкие ткани грудной клетки. Описаны случаи прорыва гнойного экссудата в полость перикарда, пищевод, в забрюшинное пространство. У одного нашего больного наблюдалась флегмона забрюшинного пространства.

Е., 62 лет, поступил в хирургическое отделение 21/IV 1973 г. с диагнозом: левосторонняя абсцедирующая пневмония, осложненная эмпиемой плевры. При осмотре

обращало на себя внимание выбухание размером  $10 \times 10$  см в поясничной области слева. При его пункции получен гной. Было вскрыто левое паранефральное пространство. Удалено большое количество гноя. При этом было обнаружено отверстие в диафрагме, через которое флегмона сообщалась с плевральной полостью. Отверстие в диафрагме расширено и осуществлено дренирование плевральной полости через паранефральное пространство. Состояние больного улучшилось, и 26/VI ему была произведена плеврэктомия. Образовавшаяся после операции остаточная полость была ликвидирована экономной 3-реберной торакопластикой. Выздоровление.

Послеоперационные эмпиемы плевры, осложненные флегмоной грудной стенки, наблюдались у больных, перенесших резекцию легкого (5), резекцию пищевода без признаков несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза (1), дренирование плевральной полости по Бюлау (3). Необходимо отметить довольно частое образование флегмоны после дренирования. Основной причиной в данном случае, на наш взгляд, являлось несоответствие торакального отверстия и дренирующей трубки. Между торакальной раной и дренажной трубкой имелось пространство, через которое инфекция проникала в мягкие ткани грудной клетки. Начало развития флегмоны после дренирования падало на конец 1-х суток. На 2-й день выявлялись выраженная припухлость и покраснение кожи около дренажа. Поэтому после установки дренажа необходим систематический осмотр места операции. При начальных признаках нагноения рекомендуется переставить дренаж, а инфицированное торакальное отверстие иссечь с наложением П-образных швов.

Всем 5 больным, у которых флегмона грудной клетки возникла после резекции легкого, операция была выполнена на высоте воспалительного процесса, сопровождалась большой травматичностью и значительным загрязнением раны грудной стенки. Высокая вирулентность микрофлоры, ослабление иммунологической защиты организма обуславливали бурное развитие флегмоны. Скопившийся гной вытекал через операционную рану. У 2 наших больных отмечалось позднее развитие флегмоны.

Посттравматическая эмпиема с флегмоной грудной стенки возникла у 1 больного с тяжелой травмой, которая вызвала у него обширный сквозной некроз грудной стенки, обусловивший появление гнилостной флегмоны, занимающей половину грудной клетки, поясничной и ягодичной области.

Следует отметить запоздалую госпитализацию значительной части больных. Два пациента умерли на 2-й день после поступления. Один из них был привезен из дома, другой 2 нед лежал в хирургическом стационаре районной больницы. 4 больных с метапневмонической эмпиемой переведены из терапевтических стационаров уже с развившейся флегмоной.

Лечение эмпием плевры, осложненной флегмоной, представляет нелегкую задачу. Основным методом лечения является оперативный, включающий комбинированное вмешательство в плевральной полости и вскрытие флегмоны.

Флегмону вскрывали широкими множественными разрезами типа лампасных. Некротизированные ткани по возможности иссекали. В плевральной полости производили в основном дренирование и торакотомию с тампонадой. Единичные радикальные операции — резекция и плеврэктомия — не дали успеха (и едва ли их следует применять у таких тяжелых больных).

Одновременно проводили противовоспалительную терапию, комбинируя 2—3 антибиотика с нитрофуранами и сульфамидными препаратами. 3 больным к антибиотикам добавляли трихопол. 4 больным вводили по 80 млн. ЕД пеницилина в сутки капельно внутривенно. На фоне противовоспалительной терапии осуществляли активную и пассивную иммунизацию стафилококковым анатоксином, антистафилококковым гамма-глобулином, антистафилококковой плазмой. Применяли частые переливания крови. Однако нам кажется, что одна противовоспалительная терапия без своевременного оперативного вмешательства не дает заметного улучшения и не приостанавливает прогрессирования процесса. Рассчитывать на улучшение состояния больных под влиянием лишь противовоспалительного лечения для выполнения операции в более благоприятных условиях не приходится.

Исход заболевания во многом зависит от срочности оперативного вмешательства. Обеспечение адекватной эвакуации гноя, иссечение некротизированных тканей в первые 2—3 дня с момента возникновения флегмоны дают надежду на сохранение жизни. Из 7 выживших больных 6 были оперированы в первые 3 дня и только один — на 5-й день. Гнилостная флегмона дает худший прогноз, чем гнойная: из 9 больных с гнилостной флегмоной выжило только 2, а из 7 с гнойной флегмоной — 5. Немаловажное значение имеет состояние легкого — при его гангрене трудно рассчитывать на успех лечения. Все наши больные с гангреной легкого, осложненной флегмоной, погибли.

Из 16 больных в живых осталось 7. Из 7 выживших только у 2 непосредственно наступило выздоровление. 4 больным выполнены дополнительные вмешательства: плевроробэктомия (1), плеврэктомия (1), санация остаточной полости (1), торакопластика (1). Один пациент отказался от операции и был выписан с эмпиемой плевры. Он скончался через 8 мес после выписки от эмпиемы плевры и амилоидоза.

Отдаленные результаты прослежены у 6 больных в сроки от 1 года до 11 лет.

Стойкое излечение с сохранением трудоспособности отмечено у 5 человек. У боль-