

**Операция.** Обнаружена опухоль белесоватого цвета, сферической формы, которая хорошо ограничена от окружающих тканей капсулой. Местами тупо, местами остро выделена и удалена опухоль шаровидной формы, величиной с горошину, с гладкой поверхностью и плотно-эластической консистенцией.

После операции болей в пальце нет. Свободно выполняет домашнюю работу.

Рецидивы болезни Барре — Массона крайне редки. В доступной нам литературе мы не нашли подобных случаев. С этой точки зрения представляет интерес второе наше наблюдение.

П. У., 42 лет, поступила 11/VI-59 г. Больна с 1950 г., когда впервые стала замечать в области тыла второго пальца правой кисти боли, которые нарастали и приняли постоянный характер. В начале 1953 г. диагностирована болезнь Барре — Массона, по поводу чего произведена операция. Некоторое время после операции боли не появлялись. Затем они появились вновь. Применялись грязелечение, физиотерапевтические процедуры, но улучшения не наступило. Боли приняли жгучий характер, что заставило больную вновь обратиться к врачу. При осмотре в области тыльной поверхности второго пальца правой кисти концевой фаланги послеоперационный рубец длиной в 1 см. Через ноготь в ограниченном участке просвечивает образование с цианотическим оттенком диаметром 3 мм. При ощупывании этого образования пуговчатым зондом — резкая болезненность с иррадиацией болей в кисть. Движения пальца не ограничены, но больная шадит палец.

**Операция.** После анестезии по Оберсту удален ноготь. В основании ногтевого ложа белесоватая опухоль, которая и удалена. После операции боли в пальце исчезли.

В обоих наших случаях диагноз подтвержден гистологически.

Опухоли гломуса относятся к доброкачественным, они растут медленно и не дают метастазов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Блох М. И. Арх. патанатом. и патофизиол., 1941, 2. — 2. Гейман М. С. Хирургия, 1951, 12. — 3. Марьян С. Д. Хирургия, 1952, 7. — 4. Овчинский Н. Н. Хирургия, 1958, 12. — 5. Патебусов А. С. Вест. хир., 1954, 7. — 6. Цимеринов А. А. Клин. мед., 1940, 6. — 7. Шарманян С. С. Хирургия, 1947, 1.

Поступила 8 июля 1960 г.

### ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ГРИППОМ

*Асс. В. С. Анастасьев*

Клиника туберкулеза (зав. — доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и туберкулезный госпиталь для инвалидов Отечественной войны (нач. — Н. С. Валеев)

Медиастинальная эмфизема как самостоятельное осложнение встречается редко, и ее патогенез не всегда достаточно ясен. Мы наблюдали спонтанное проникновение воздуха из легкого в средостение и подкожную клетчатку шеи и груди без пневмоторакса.

Ф., 34 лет, поступил 6/І 1959 г. с диагнозом: хронический диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, пневмосклероз, эмфизема, легочно-сердечная недостаточность I ст.

Жалобы на слабость, одышку, кашель с мокротой. Туберкулезом болен с 1949 г. В течение 2 лет лечился правосторонним искусственным пневмотораксом, но без эффекта. Процесс постепенно прогрессировал, периодическое антибактериальное лечение давало временное улучшение. В 1952 г. перенес туберкулез гортани, в 1953 — туберкулезный трохантерит.

Упитанность пониженная, бледен, губы слегка цианотичны, одышка при небольшом физическом напряжении. В легких укорочение перкуторного звука в верхних отделах, там же, на фоне ослабленного дыхания, выслушиваются влажные хрипы. В нижних отделах перкуторный звук с выраженным коробочным оттенком, рассеянные сухие хрипы. Пульс — 84, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в норме, тоны приглушены. Органы брюшной полости без особенностей. Лейкограмма в пределах нормы, РОЭ — 39 мм/час, ТБ в мокроте обнаружены.

Рентгенография грудной клетки от 14/І 1959 г.: множественные полиморфные очаги в верхних и частично средних полях на фоне выраженных фиброзных измене-

ний и плевральных наложений. Несколько небольших полостей распада в верхних отделах с обеих сторон. Значительная эмфизема базальных отделов. Плевродиафрагмальные спайки с обеих сторон, ограничение подвижности куполов диафрагмы.

В стационаре проводилось антибактериальное и симптоматическое лечение. Состояние было относительно удовлетворительным, самочувствие постепенно улучшалось.

7/II 1959 г. к основному заболеванию присоединился вирусный грипп (головная боль, насморк с частым чиханием, усилился кашель, температура повысилась до 39°). 11/II-59 г. после сильного приступа кашля стал отмечать боли за грудиной, резкое усиление одышки, сердцебиение, боли при глотании. Голос стал гнусавым, появилось чувство страха.

Выраженная одышка в покое с участием вспомогательных мышц в акте дыхания, цианоз. С обеих сторон в подкожной клетчатке над- и подключичных впадин и шеи пальпаторно определяется воздух. В легких физикально без перемен. Пульс 120, слабый. Границы сердца в пределах нормы, тоны очень глухие.

Рентгеноскопически и на рентгенограмме грудной клетки от 11/II-59 г. со стороны легких — без перемен, в средостении, между мышцами шеи и в клетчатке отчетливо определяются прослойки воздуха. В плевральной полости при многоосевом исследовании воздух не обнаружен.

Диагноз: подкожная эмфизема и эмфизема средостения.

Больному назначены: строгий постельный режим, наркотики, аминазин для подавления кашля, ингаляции кислорода, сердечные. Продолжена антибактериальная терапия. Эмфизема шеи не нарастала.

16/II-59 г. после сильного кашля повторное поступление воздуха под кожу и в средостение с некоторым ухудшением общего состояния. Проводились те же терапевтические мероприятия. В дальнейшем рентгенологически отмечено довольно быстрое рассасывание воздуха из средостения и более медленное — из подкожной клетчатки. Самочувствие значительно улучшилось, и 17/III-59 г. выписан в удовлетворительном состоянии.

Механизм возникновения в нашем случае медиастинальной и подкожной эмфизем мы представляем следующим образом:

В связи с длительным туберкулезным процессом в легких, пневмосклерозом у нашего больного деформировался ряд ветвей бронхиального дерева, была выражена эмфизема с участками буллезных вздутий. Возникновение вирусного гриппа с сопутствующим гриппозным бронхитом привело, очевидно, к клапанообразному закрытию одного из бронхов (хорошо известны значительные патоморфологические изменения в слизистой бронхов у больных гриппом). Есть наблюдения склонности к бронхоспастическим реакциям при хронических формах диссеминированного туберкулеза (М. Р. Борок).

В связи с этим на уже имевшуюся буллезную эмфизему с участками вздутия, расположенными под медиастинальной плеврой, наслылись явления обструкционной эмфиземы, и во время сильного приступа кашля произошел прорыв одного из лузирей через сросшиеся, но истонченные плевральные листки с поступлением воздуха в клетчатку средостения и оттуда в мышцы шеи и под кожу. Мало вероятен в данном случае прорыв в средостение каверны, так как при этом возникли бы, очевидно, осложнения воспалительного характера и не произошло бы сравнительно быстрой ликвидации эмфиземы (закрытия перфорации плевральных листков).

Таким образом, заболевание гриппом, по-видимому, способствовало спонтанной медиастинальной и подкожной эмфиземе у больного хроническим диссеминированным туберкулезом легких.

Поступила 16 июня 1960 г.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

### А. А. Шипов (Рязань). Трахеотомия при тяжелых формах воспаления легких и асфиксиях от утопления

При массивной пневмонии, больших ателектазах и последствиях утопления дыхательный объем воздуха, достигающего легких, может снизиться до 100 см<sup>3</sup>, что неминуемо приводит к недостаточности внешнего дыхания.

Благодаря трахеотомии мертвое пространство значительно уменьшается (до 50 см<sup>3</sup>), в то время как эффективный газовый объем увеличивается на 100—120 см<sup>3</sup>, благодаря чему легче может компенсироваться недостаток кислорода, уменьшаются гипоксия и особенно гиперкапния.

Кроме того, у трахеотомированного больного облегчается отхаркивание бронхиального секрета, а при необходимости могут быть предприняты активная его аспирация и эндотрахеальное введение лекарственных веществ.