

вместе с плазматическими клетками в периферической крови и нейтрофилией был сдвиг до миелоцитов.

Гиперпротеинемия до 11,2 г% отмечена лишь у одной, но гипоальбуминемия и гиперглобулинемия, главным образом за счет α_2 и β -глобулинов, отмечались у всех.

Точно так же общим симптомом явилась гиперкальцемия (от 11,2 до 18,5 мг%).

В 4 случаях рентгеновские изменения типа «пробойн», как в костях черепа, так и в других плоских костях, имели классический характер, и лишь у одной с переломом позвоночника как первым симптомом болезни разрежение костной структуры было выражено в виде общего остеопороза ребер, позвоночника, а также длинных трубчатых костей.

Таким образом, классическая костноболевая форма течения болезни была у 3 больных. «Костная» форма, но с упорной головной болью, без болевых ощущений в костях грудной клетки и конечностей — у одного, классически-почечная — у другой больной.

У одной погибшей больной в мышцах шеи и грудной клетки были обнаружены отдельные овальные и неправильно-округлой формы белые очень плотные узелки диаметром около 1 см, четко отграниченные от окружающей ткани и оказавшиеся известковыми отложениями с фиброзной капсулой в окружности; аналогичные известковые очаги обнаружены и в почках.

Транскальцинация, возникающая при миеломной болезни, вследствие разрушения костей, привела к образованию множественных очагов в мягких тканях. Подобные случаи редки, нам удалось найти описание в отечественной литературе лишь 4 подобных больных (Э. З. Новикова и М. П. Хохлова).

Мы применяли у больных, помимо симптоматической терапии, рентгенотерапию и у одной — сарколизин. Трое умерли, двое находятся под наблюдением. Рентгенотерапия в двух случаях вызвала непродолжительную ремиссию с выраженным субъективным улучшением, но без каких-либо изменений картины крови и рентгенологических симптомов. Подобное же улучшение мы наблюдаем после лечения сарколизином. Оно выразилось в исчезновении болей, некотором улучшении рентгенограммы и исчезновении плазматических клеток из периферической крови. Однако, рентгенологически выявленные поражения костей остались без изменений.

Мы считаем необходимым привлечь внимание врача к этому заболеванию, так как своевременное распознавание и лечение сарколизином способны обеспечить не только более стойкую ремиссию, но и продление жизни больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г. А. Тер. арх., 1949, 1. — 2. Альтгаузен А. Я. и Варшавская Б. Б. Врач. дело, 1949, 7. — 3. Аринкин М. И. и Козлов. Клин. мед., 1948, 1. — 4. Новикова Э. З. и Хохлова М. П. Вест. рентген. и рад., 1957, 3. — 5. Струков А. И. Клин. мед., 1959, 2.

Поступила 26 мая 1959 г.

К КАЗУИСТИКЕ РАНЕНИЙ СЕРДЦА

Канд. мед. наук И. М. Кузнецов

Из хирургического отделения (зав.—И. М. Кузнецов) Чебоксарской 1-й городской больницы (главврач — И. А. Клейман)

В настоящем сообщении мы хотели бы поделиться одним из наших наблюдений.

В третьем часу ночи 22/VII-58 г. в хирургическое отделение доставлен рабочий-столляр А., 31 года, подобранный на улице. У б-ного обнаружено 4 ножевых ранения, одно из них расположено в 5 межреберье по передней подмышечной линии.

Рана линейная, длиной в 2 см, кровоточит, проникающая. Б-ной без сознания, лицо бледное, дыхание частое, поверхностное, пульс нитевидный, временами на лучевой артерии не прощупывается, АД не определяется.

Больной взят на операционный стол с диагнозом — ранение сердца. После переливания 450 мл крови пришел в сознание, лучше стал прощупываться пульс. Проведена шейная ваго-симпатическая блокада слева. Введено по 20 мл 0,25% раствора новокаина в 5—6 межреберные промежутки слева у позвоночника.

Операция (И. М. Кузнецов): через 5 межреберье, с рассечением у грудины хрящей 5-го и 6-го ребер. В плевральной полости много крови. Язычковая часть левого легкого проткнута насквозь, рана легкого не кровоточит, ушита кетгуттом. На перикарде кровоточащая продольная рана на 1 см правее левого диафрагмального нерва. Отверстие в перикарде расширено вверх и вниз. В полости перикарда жидкая кровь, на стенке левого желудочка, отступая от верхушки сердца на 3—4 поперечных пальца, имеется кровоточащая рана длиной более сантиметра, параллельно нисходящей ветви левой венечной артерии, приблизительно на 0,5 см левее ее.

Встала задача защитить рану сердца таким образом, чтобы при наложении швов не

задеть венечную артерию. Больной к тому времени начал вести себя беспокойно. Пришлось отказаться от обычного приема взять сердце на ладонь правой руки, для точности движений при проведении швов через края раны хирургу лучше иметь левую руку свободной. Узловые швы шелком наложены не в поперечной к ране направлении, а в косом, чтобы легче вывести иглу, не травмируя проходящей рядом артерии. Для полной остановки кровотечения пришлось наложить четыре шва. Перикард осушен от крови, края его сближены тремя узловыми шелковыми швами. Из плевральной полости удалено больше литра крови и сгустков. После послойного зашивания грудной стенки через дренаж, вставленный в 7-е межреберье, отсосан воздух, в плевральную полость введен пенициллин.

Обработаны другие ножевые раны, две из них глубокие.

Больной снят с операционного стола с АД — 70/40. В день операции ему снова капельно перелито 225 мл крови. АД поднялось до 110/60.

Послеоперационный период протекал не гладко, явления перикардита или плеврита не определялись. В течение 5 дней больной жаловался на боли в левой половине груди, где выслушивались сухие и влажные хрипы. Температура на второй день после операции поднялась до 39°; постепенно снижаясь, пришла к норме на 10-й день.

Со второго дня был назначен дикумарин по 0,06 в день. Ввиду продолжавшейся тенденции к повышению протромбинового индекса (25/VII — 111%), ежедневная доза этого препарата увеличена до 0,12. Дикумарин получал свыше двух недель, протромбиновый индекс при этом удерживался на уровне 80—85%.

На 28-й день записана ЭКГ коронарного типа (отрицательный зубец T — 1,5 мм в первом отведении).

Выписался 21/VIII в хорошем состоянии (спустя 30 дней после зашивания ран, сердца).

После операции перед нами встал вопрос, почему при ранении стенки левого желудочка из раны вытекала кровь не алая — артериальная, а темная — венозная.

Объяснение этому явлению, по нашему мнению, надо искать в том, что нож, пройдя небольшой участок мышцы левого желудочка по касательной линии, углубился затем в правый желудочек и попал в полость последнего. Венозная кровь из полости правого желудочка выливалась наружу через длинный раневой ход. Это обстоятельство обуславливало относительную умеренность кровотечения из раны сердца.

Подобное редкое ранение сердца произошло благодаря тому, что длинный нож в момент ранения был направлен слева направо, почти поперек к сагиттальной плоскости тела.

Поступила 6 января 1959 г.

К КАЗУИСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ РАЗРЫВОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Асн. В. В. Федоров

Из 1-й кафедры госпитальной хирургии (зав. — проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й городской больницы (главврач — З. А. Синявская)

Среди обширной группы закрытых травм органов брюшной полости разрывы двенадцатиперстной кишки встречаются довольно редко. По данным И. А. Криворотова, эта группа больных составляет 1% среди перенесших закрытые травмы органов живота, так как закрытые повреждения двенадцатиперстной кишки часто сочетаются с травмой других органов живота. Так, Н. П. Алексеева сообщает о случае одновременного разрыва желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Большинство авторов указывает на высокий послеоперационный процент смертности при повреждениях органов желудочно-кишечного тракта (47%, по Б. А. Дмитриеву). По сборной статистике Кеню, из 138 больных с подкожными разрывами двенадцатиперстной кишки выздоровели только 9. Вместе с тем оперативное вмешательство при разрыве забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки сопряжено с определенными трудностями и отличается некоторыми особенностями.

Приводим наше наблюдение:

Б-ной К., 30 лет, доставлен в клинику в 12 ч. 23/IV-59 г., через 2 часа после травмы (был придавлен опрокинувшимся станком).

Кожные покровы без заметных повреждений.

Жалуется на сильные боли по всему животу, в пояснице, слабость, жажду, тошноту, рвоту.

Состояние тяжелое; кожа и видимые слизистые бледны; холодный липкий пот на лице; язык обложен белым налетом, сухой; температура — 37,2°; пульс — 110; АД — 110/80. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания не участвует, мышцы брюшного пресса напряжены, особенно значительно в подложечной области, где резкая болезненность.

Симптомы Раздольского и Щеткина — Блюмберга резко положительны во всех отделах живота. Свободной жидкости в брюшной полости определить не удается. Над