

послойно ушиты наглухо. Произведен туалет брюшной полости. Наложена стома на тонкую кишку по С. С. Юдину.

Несмотря на энергичное лечение, в 23 часа наступила смерть.

Патологоанатомический диагноз: Хроническая язва двенадцатиперстной кишки. Резко выраженный стеноз верхнего горизонтального отдела двенадцатиперстной кишки. Хронический перидуоденит. Гипертрофия стенок желудка, преимущественно пилорического отдела. Состояние после операции — лапаротомии по поводу ушивания спонтанных разрывов желудка. Начинаящийся перитонит. Пневмоперитонеум.

ЛИТЕРАТУРА

1. А т я с о в Н. И. Хирургия, 1953, 10. — 2. В а х и д о в В. Изв. АН Узб. ССР, 1953, 6. — 3. З а в е л ь ч е л ь с к и й Д. Д. Хирургия, 1948, 8. — 4. Л а з а р е в Т. М. Хирургия, 1951, 4. — 5. Л о г в и н е н к о П. И. и П о п о в ь я н ц Р. С. Вест. хир. им. Грекова, 1956, 5. — 6. О с и п о в А. Ф. Хирургия, 1955, 4. — 7. Р у б а ш о в С. М. Сов. хирургия, 1935, 4. — 8. Э п ш т е й н С. Я. и Б о р е л ь А. Я. Вест. хир. им. Грекова, 1955, 3.

Поступила 8 сентября 1958 г.

НАСИЛЬСТВЕННАЯ ЭВЕНТРАЦИЯ С ОТРЫВОМ ЧАСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ТОКСИКОИНФЕКЦИОННОМ ПСИХОЗЕ¹

Канд. мед. наук А. П. Калинин

Из 2-й кафедры хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко) и кафедры акушерства и гинекологии (зав.—проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

Известно, что в результате истощающих организм соматических заболеваний могут развиваться острые психотические состояния нередко с суицидальными попытками. Врачам необходимо следить за изменениями и колебаниями со стороны психики больных.

Наблюдавшаяся нами суицидальная попытка представляет интерес для хирургов и психиатров. Приводим выписку из истории болезни.

Б-ная Т-а, 23 лет, была доставлена в гинекологическую клинику Казанского ГИДУВа в 22 часа 27/XI-55 г. в тяжелом состоянии с картиной начинающегося острого разлитого перитонита на почве септического криминального аборта.

Температура — 39,9°, пульс — 120, дыхание частое, поверхностное, артериальное давление — 100/60.

Нв. — 50%, Э. — 2590 000, индекс — 1, Л. — 22 000, ю. — 2%, п. — 14%, с. — 73%, л. — 8%, м. — 3%, РОЭ — 55 мм/час.

Через несколько часов после поступления в клинику, 28/XI — под местной анестезией — произведена нижняя срединная лапаротомия (А. З. Уразаев).

По вскрытии брюшной полости удалено около 1 л жидкого желтоватого гноя, выделявшегося из малого таза. Матка, придатки и червеобразный отросток представляли сплошной конгломерат, к которому припаяны петли тонкого кишечника и сальник. Брюшная полость осушена салфетками, орошена 500 000 МЕ пенициллина и послойно ушита с введением в нее двух узких марлевых тампонов. Дальнейшее лечение проводилось по общепринятым при разлитом перитоните мероприятиям (физиологический раствор, глюкоза, стрептомицин, пенициллин, сердечно-сосудистые средства, витамины и др.).

В первые 5 суток состояние больной оставалось крайне тяжелым; в крови нарастал сдвиг влево, появились миелоциты. На 6 сутки наступило улучшение. 6/XII удалены тампоны, а на 10 день сняты швы. Рана зажила первичным натяжением, за исключением места, где в брюшную полость вставлялись тампоны.

На 13 день после операции в 3 ч. 30 мин 11/XII больная неожиданно дала вспышку бредового психомоторного возбуждения, сорвала повязку с живота, встала и разорвала операционную рану, чем вызвала эвентрацию петель тонкого кишечника, часть которых, длиной 50 см, оторвала и бросила на пол. Кроме этого, надела на шею петлю из лоскута простыни и упала вниз лицом. Оторванный участок кишки представляет на большей части мышечно-слизистый футляр.

При осмотре обнаружено: края кожной раны разошлись на всем протяжении; на

¹ Доложено на заседании хирургического общества ТАССР в феврале 1956 г.

передней брюшной стенке лежит конец тонкой кишки около 40 см; второго конца не видно. На шее странгуляционная борозда. Больная бледная, кровяное давление — 90/60, пульс — 112, слабого наполнения. Возбуждена, на вопросы отвечает, говорит, что надоело жить.

В 4 ч. 30 мин экстренная операция (А. П. Калинин) под общим эфирным наркозом. Лежащий свободно, вне брюшной полости, конец кишки и разорванная лапаротомная рана отгорожены. В брюшной полости незначительное количество крови. Дистальный конец оторванной петли тонкого кишечника представлял собой серозный цилиндр на протяжении 25 см. Вскрытые в процессе его отыскания два отграниченных гнойника осушены. Местами десерозированный, размятый проксимальный конец кишки резецирован на протяжении 18—20 см, резецирован и дистальный конец, отступая на 8—10 см от начала кишки как таковой. Гемостаз. Анастомоз конец в конец.

В первые дни после операции отмечались кратковременные вспышки бреда.

Послеоперационный период протекал благополучно. Помимо введения жидкости, стрептомицина и пенициллина (внутримышечно и внутривенно), принимались все меры к улучшению ее физического состояния. Резиновые дренажи удалены на 11—14 день, на 15 — сняты швы. Рана зажила вторичным натяжением в местах введения дренажей и отхождения лигатур.

23/I 1956 г. больная переведена в Казанскую психоневрологическую больницу. Клиническое наблюдение и полное выздоровление позволили полностью исключить процессуально-шизофренический характер заболевания. Обусловленное массивными соматическими вредностями астеническое состояние, нарушения в сосудистой системе, тяжелые переживания, связанные с беременностью от кратковременной связи, привели к возникновению бреда с расстройством сознания по делириозно-аментивному типу. В связи с продолжающейся токсоинфекцией психотические вспышки повторялись и в ближайшие дни после повторной операции, а затем полностью исчезли.

2/III 1956 г. выписана из психоневрологической больницы в удовлетворительном состоянии, с полной критикой к перенесенной болезни и окружающему.

Через некоторое время вернулась к прежней работе (маляра), которую с успехом выполняет и по настоящее время. Никаких жалоб не предъявляет.

Поступила 29 марта 1958 г.

МНОЖЕСТВЕННАЯ ПЕРФОРАЦИЯ ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ ЯЗВ

Асс. З. С. Ахтямова и асс. В. В. Федоров

Из кафедры госпитальной хирургии (зав. — проф. Н. В. Соколов)
Казанского медицинского института

Одним из тяжелых и редких осложнений дизентерии является перитонит. Он наблюдается в 7% смертельных случаев при дизентерии (Ш. С. Халфен), причем в 6% развивается без макроскопически определяемой перфорации, и лишь в 1% обнаруживается прободение дизентерийной язвы.

Перфорации чаще всего единичны. К. Д. Толпаровым описан случай перфорации двух дизентерийных язв. Множественные перфорации крайне редки.

Перитонит при дизентерии бывает обычно у очень ослабленных больных с тяжелым течением заболевания. Особенностью его является то, что он развивается исподволь, незаметно, без сильного болевого синдрома и высокой температуры, но с течением времени проявляются все основные признаки перитонита. В связи с такой особенностью течения перитонита, осложнившего дизентерию, вначале бывают затруднения в его распознавании.

Приводим наше наблюдение:

Б-ная П., 25 лет, переведена в клинику госпитальной хирургии № 1 Казанского медицинского института 21/VIII-58 г. из 2-й инфекционной больницы с диагнозом: «Дизентерия, осложненная затяжным энтероколитом, пиелитом, левосторонним паранефритом (?). Сепсис».

Считает себя больной 3 месяца. 2,5 месяца находилась на лечении в инфекционной больнице по поводу тяжелой формы дизентерии, осложненной сепсисом (из крови высеян гемолитический стафилококк).

За два дня до поступления в хирургическую клинику у больной наступило резкое ухудшение состояния: усилились боли в животе, появилась неукротимая рвота (фонтанирующая), на фоне непрекращающегося частого жидкого стула.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Больная резко истощена. Кожа бледная, сухая. Пульс — 140. Артериальное давление — 70/30. Язык сухой, обложен. В лег-