

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, отступив 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-

ких — везикулярное дыхание. Сердце расширено влево на один поперечный палец, тоны глухие, на верхушке — систолический шум.

Живот симметричен, умеренно вздут, не участвует в акте дыхания, значительно напряжен в левой и несколько слабее — в правой половине. Резкая болезненность по всему животу. Симптом Щеткина не выражен, симптом Раздольского резко положительный. Печеночная тупость не определяется. В отлогих частях живота — притупление перкуторного звука, смещающееся при повороте тела.

Л — 42 000, п. — 16%, с. — 66%, э. — 0%, м. — 2%, л. — 16%, РОЭ — 10 мм/час.

Диагноз: Разлитой гнойный перитонит, на почве прободения дизентерийной язвы. Сепсис.

Перед операцией вводили сердечно-сосудистые средства, физиологический раствор подкожно.

Операция производилась при постоянном капельном внутривенном переливании крови (500,0) и физиологического раствора (1000,0). Под местной анестезией произведена срединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости выделились воздух и до трех литров гноя с ихорозным запахом, с примесью каловых масс и фибринозных пленок. Тонкий кишечник вздут, гиперемирован, покрыт фибринозным налетом. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество прободных отверстий по всей длине сигмовидной кишки, нисходящей и в левой половине поперечно-ободочной кишки. Прободные отверстия располагаются по *tenia libera*, из всех отверстий вытекает содержимое кишечника.

Произведена одномоментная резекция сигмовидной, нисходящей и левой половины поперечно-ободочной кишок в пределах здоровой ткани. Дистальный конец сигмовидной кишки ушит трехрядными швами наглухо. Проксимальный конец поперечно-ободочной кишки выведен через дополнительный разрез слева и подшит к брюшине по типу *anus praeternaturalis*. Брюшная полость по возможности осушена. Через контрапертуру в правой подвздошной области она дренирована, и через трубку после зашивания раны брюшной стенки введено 100,0 раствора фурацилина 1 : 5000.

Удаленный препарат: Толстая кишка длиной 80 см, с множеством прободных отверстий (30), расположенных по *tenia libera*. Отверстия размером от 1 до 10 мм в диаметре. На слизистой поперечно-ободочной кишки — грибвидные разрастания красного цвета. Слизистая с фибринозным налетом. В окружности прободных отверстий стенка кишки резко истончена, во многих местах намечаются новые перфорации.

Через 10 часов после операции при явлениях тяжелой интоксикации и упадка сердечной деятельности наступила смерть.

Патологоанатомический диагноз: Состояние после резекции поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишок, по поводу перфорации дизентерийных язв. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит, гиперплазия селезенки. Дистрофия миокарда, печени, почек. Анемия.

Патогистологическое исследование препарата: Некрозы слизистой оболочки тонкого кишечника, в стенке кишечника — воспалительные инфильтраты.

Поступила 14 января 1959 г.

О РАКЕ, ВОЗНИКШЕМ НА ПОЧВЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ И СВИЩЕЙ

Канд. мед. наук Л. В. Грубер

Из Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии
(директор — проф. Л. И. Шулутко)

Возникновение рака на месте длительно не заживающих свищей, язв и рубцов — не столь редкое явление.

Еще в 1880 г. Добужинский опубликовал два случая кожного рака — пальца кисти и подошвы, а Н. Н. Яснитский в 1913 г. описал случай *carcinoma papillare* на рубце от ожога и уже тогда собрал в литературе 25 случаев ракового перерождения рубца. За последнее десятилетие подобные сообщения стали появляться чаще. Так, Б. Н. Постников приводит случай рака кисти, развившегося спустя 10 лет после ожога. П. А. Наливкин, Т. Л. Симонов и Н. С. Васнецов на протяжении 2,5 лет зарегистрировали 10 случаев ракового перерождения остеомиелитических свищей и изъязвившихся рубцов. Эти же авторы указали, что к моменту опубликования их работы (1954 г.) в литературе имелось описание 90 случаев рака, развившегося на рубцах.

И. Х. Геворкян из 500 больных с трофическими язвами у 9 обнаружил раковое перерождение, в связи с чем автор считает, что хронические язвы конечности являются предраковым заболеванием.