

Н. В. РЫСЬ

## Случай беспрободного желчного перитонита

Из хирургического отделения (зав. д-р Л. Г. Шейкман) Шадринской Гор. больницы (главврач Г. А. Малинин)

В вопросе о существовании беспрободных желчных перитонитов нет единого мнения: некоторые отрицают возможность их появления, другие, наоборот, наблюдали их и категорически утверждают о возможности поступления желчи в брюшную полость без прободения желчных путей.

Экспериментальные данные Аксель, Блада и Шенбауера подтверждают возможность поступления (диффундирования) измененной желчи в брюшную полость, даже при отсутствии некроза в стенке желчного пузыря. Некоторые клиницисты—Греков, Руппанер, Бауман, Падовани, Розариус, Часовников, Топчибашев, Сосновский и др. считают, что беспрободные желчные перитониты развиваются вследствие фильтрации инфицированной желчи в брюшную полость через некротические участки желчного пузыря. Переходим к описанию нашего случая.

История болезни № 698. Больной К. доставлен в хирургическое отделение 19 февраля 1937 г. с путевкой: «перитонит, очень срочно».

Заболел 17/II в 10 час. вечера, внезапно появились боли в подложечной области, состояние больного стало ухудшаться и 19/II он был направлен в хирургич. отдел. Данные объективного исследования говорили о перфорации язвы желудка. Указания на бывшее заболевание желчных путей нет. Больной стонет, просит оперировать. В 12 часов срочная операция под общим наркозом (Рысь, ас. Богородицкий).

Разрез от средней линии живота от меча до пупка. По вскрытии брюшной полости обнаружена обильная жидкость цвета желчи, скопившаяся в отлогих местах брюшной полости и малого таза. Желудок и duodenum тщательно осмотрены, перфорации нигде не найдено. На небольшом протяжении вскрыт mesocolon transversum, осмотре на задняя поверхность желудка и поджелудочная железа - изменений не найдено. Дополнительный разрез вправо по краю реберной дуги. Перешли к осмотру желчного пузыря. Желчный пузырь на верхушке имеет темноватое пятнышко на серозном покрове величиной с 20-коп. монету, отечен. В желчном пузыре камней нет (протоки не зондированы). Произведена эктомия от верхушки. Соответствующая обработка ложа желчного пузыря и культи. Швы наглухо зашиты.

Послеоперационный период протекал хорошо, если не считать повышения температуры в первые три дня до 37,5—38 градусов, в дальнейшем температура нормальная. 26/II сняты швы. Рана зажила первичным натяжением.

До 1/III жалобы были на небольшие боли в правом подреберье. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. 13/III выписан в хорошем состоянии.

Через 2 месяца был осмотрен нами, жалоб не предъявлял, чувствует себя хорошо. Удаленный желчный пузырь микроскопическому исследованию не подвергался.

Из кратко приведенной истории болезни видно, что в нашем случае болезни мы имели острый диффузный желчный перитонит без прободения желчного пузыря, оперированный нами под диагнозом прободной язвы желудка, т. к. в анамнезе не было никаких указаний на заболевание желчных путей. Были довольно сбивчивые указания больного на бывшую изжогу и боли в подложечной области, приступы аппендицита больной отрицал.

Наш случай, во-первых, подтверждает положение, что клиническая

картина беспрободного желчного перитонита протекает бурно и, во-вторых, при неясном анамнезе в более поздних случаях (мы оперировали через 38 часов) наводит на мысль о диффузном перитоните, вызванном перфорацией язвы желудка.

3. Инфицированная желчь поступила в брюшную полость через измененный участок серозн. покрова желчного пузыря, найденный нами при операции.

Данный случай убеждает нас, что желчные диффузные перитониты могут быть без наличия макроперфораций желчных путей. В числе операций на желчных путях, произведенных за последние 10 лет в хирургическом отделении Шадринской больницы, случай беспрободного желчного перитонита является первым.

Поступила 25.XII.1937.

*Т. П. КОВИНСКИЙ*

## **Опыт 2-летней работы по рентгенотерапии грибковых заболеваний в Кызыл-Ордынской области Казахстана**

Из Кызыл-Ордынской городской больницы Казахской ССР (главврач М. Н. Яньшин)

Органами здравоохранения Казахской ССР проведена большая работа по оздоровлению населения республики. Оборудованные новейшей медицинской аппаратурой лечебные учреждения и планомерность борьбы с детскими грибковыми заболеваниями дали возможность в течение 3 лет вылечить тысячи больных ребят. Кызыл-Ордынские детские лечебницы за два года своей деятельности пропустили большое число грибковых больных, которые были подвергнуты рентгенотерапии.

В мою задачу, как врача-рентгенолога, входило применение такого метода рентгенооблучения, который дал бы хорошие результаты эпиляции с наименьшей затратой времени и без каких бы то ни было осложнений, установление количества рецидивов, причины их, а также выявление источников реинфекции.

Во всех наших случаях диагноз заболевания устанавливался микробиологическими исследованиями на грибки.

Все больные перед рентгеноэпиляцией были подвергнуты предварительной подготовке с очисткой головы от наслоений и корок; случаи с нагноениями и раздражением кожи до эпиляции лечению не подвергались.

Эпиляционная доза была установлена по Сабуро и Нуаре; при указанных ниже технических условиях работы аппарата эритемная доза получена в 7 минут, эпиляционная доза — в 6 минут, впоследствии доза была проверена ионизационным дозиметром.

Техника облучения: 1) аппарат Московского рентгеновского завода КУСО — 180; 2) жесткость 100 к. вольт максимальных; 3) 4 мА; 4) фильтр 1 мм алюминия, 5) кож-но-фокусное расстояние 25 см.

Пятипольное облучение применялось для больных в возрасте от 7 до 20 лет, 4-польное для детей в возрасте от 2 до 7 лет. Центрирование при пятипольном облучении: над верхним краем правой и левой ушных раковин 1 и 2-е поле, на затылочный бугор 3-е поле, на центр макушки 4-е поле и па темя, отступя на 4 см от границы волосистой части лба, 5-е поле.