

У 19 больных после лечения пенициллином антитоксическая функция печени выросла, у 3 осталась без изменений и у 3 несколько уменьшилась. У 9 больных увеличение функции было значительным. Особенно активно увеличивается антитоксическая функция под влиянием пенициллина при острых гнойных процессах, сопровождающихся высокой температурой. Здесь действие пенициллина эффективнее и специфичнее.

Установить связь между колебанием показателей антитоксической функции и формулой крови не удалось. У одних больных при низкой функции печени наблюдались нормальный лейкоцитоз и РОЭ, у других — при нормальной функции печени эти показатели превышали норму.

При введении пенициллина с 4-часовым интервалом у 7 из 9 больных функция повысилась, а при инъекции с 12-часовыми интервалами это увеличение наблюдалось у 12 из 16 больных.

На основании приведенных кратких данных можно сделать следующее заключение: у подавляющего большинства хирургических больных с гнойновоспалительными процессами под влиянием пенициллинотерапии антитоксическая функция печени повышается. Это повышение более выражено при лечении пенициллином острых воспалений, сопровождающихся высокой температурой. Объясняется это тем, что пенициллин ускоряет обменные процессы, в частности процессы окисления, снижает интоксикацию и тем самым способствует более быстрому восстановлению антитоксической функции печени, нарушенной гнойновоспалительным процессом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиев К. Т. Тр. Ташк. мед. ин-та, 1949.—2. Козловский В. С. Вест. хир., 1950, 2.—3. Новиков Б. И. Там же.—4. Пытель А. Я. Госпит. дело, 1943, 1.—5. Пытель А. Я. Клин. мед., 1945, 4—5.

Поступила 23 сентября 1959 г.

ПЕРФОРАЦИИ «ПРОСТЫХ» ЯЗВ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

И. о. асс. В. Г. Морозов

Клиника общей хирургии (зав.—проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической 6-цы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Неспецифические язвы тонкого кишечника относятся к редко встречающимся и весьма тяжелым заболеваниям. По данным Н. Н. Самарина, до 1952 г. было собрано 47 таких случаев, в том числе 44 описанных И. И. Ефетом и 3 — самим автором. Распознавание их настолько трудно, что часто осуществляется лишь на операционном столе или при вскрытии. Однако, памятуя о таком заболевании, иногда можно, как увидим ниже, поставить диагноз и до оперативного вмешательства.

В нашей клинике с 1955 по 58 гг. наблюдалось 3 больных с перфорацией простых язв тонкого кишечника, причем у одного из них диагноз установлен до операции.

И. Б-ной 3., 27 лет, доставлен в клинику 5/IX-55 г. с жалобами на боли в правой половине живота. Заболел 4/IX, внезапно появились резкие боли в животе, особенно справа от пупка. Тошноты, рвоты не было.

Общее состояние удовлетворительное, температура — 36,6°, пульс 60, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны органов дыхания отклонений от нормы нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот правильной формы, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, мягкий, участвует в акте дыхания. Симптом Щеткина — Блюмберга слабopоложительный в правой подвздошной области. Стул и диурез в норме.

Л. — 10 800, п. — 5%, с. — 67%, л. — 23%, м. — 4%, э. — 1%, РОЭ — 2 мм/час. Моча — без отклонений от нормы. Диагноз: острый катаральный аппендицит.

Срочная аппендэктомия. Под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина косым разрезом справа вскрыта брюшная полость. В рану предлежит слепая кишка. Отросток окутан мощными спайками, катарально изменен. После рассечения спаек отросток удален обычным способом. Брюшная полость зашита наглухо.

6/IX в 13 час. 15 мин. появились боли в животе, чувство полноты, плохое отхождение газов. Язык сухой, обложен серым налетом. Пульс 68, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, в акте дыхания участвует слабо. При пальпации определяется болезненность в правой половине живота. Днем несколько раз была рвота желчью. После введения газоотводной трубки и гипертонической клизмы отошли газы, был небольшой стул.

7/IX в 3 часа появились сильные боли по всему животу. Пульс — 75, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, напряжен, болезненный при пальпации, положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Через час живот — «как доска», резко болезненный при пальпации, симптом Щеткина резко положительный. Заподозрен перитонит, кровотечение в брюшную полость. Б-ной взят на операционный стол.

Под местной инфильтрационной анестезией распущены швы, вскрыта брюшная полость. Петли тонкого кишечника раздуты, местами виден фибринозный налет. Рана расширена. При ревизии тонкого кишечника на его стенке найден дефект с просяное зерно, из которого выделялось кишечное содержимое. Дефект ушит. Брюшная полость осушена и дренирована.

Больному повторно переливалась кровь. Подкожно вводился физиологический раствор. Давались сердечные, глюкоза. Через трубку в брюшную полость и внутримышечно вводились антибиотики. В последующие 2 дня состояние ухудшилось. Пульс — 150, слабого наполнения. Живот резко вздут, перистальтика отсутствует, икота, срыгивание. Из желудка удалено содержимое с каловым запахом. 15/IX на тонкую кишку наложен каловый свищ. Из просвета удалено около двух литров кишечного содержимого. Перелито 250 мл сыворотки. К 17 час. состояние резко ухудшилось, в 23 часа 15 мин. б-ной скончался.

Патологоанатомический диагноз: язвенный энтерит, перфорация одной из язв, фибринозно-гнойный геморрагический перитонит.

II. Б-ная З., 47 лет, поступила 11/X-56 г. с диагнозом — «частичная кишечная непроходимость». Заболела 7/X. Жалобы на схваткообразные боли в животе, задержку газов и стула, рвоту.

В 1933 г. оперировалась по поводу аппендицита, в 1947 г. — по поводу внематочной беременности.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны органов грудной клетки отклонений нет. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный. Симптом Щеткина отрицательный.

Нв — 83%, Л. — 11 100, п. — 6%, с. — 60%, л. — 27%, м. — 7%. РОЭ — 5 мм/час. Моча без отклонений от нормы.

Б-ную в течение 6 дней лечили консервативно. 17/X состояние ее резко ухудшилось, появились боли в животе, частая рвота, задержка стула и газов. Пульс — 102, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Рентгеноскопия: на фоне раздутых газами петель кишечника видны в большом количестве чашеподобные уровни жидкости. Л. — 10 800, п. — 16%, с. — 64%, л. — 14%, м. — 6%, РОЭ — 14 мм/час. Срочная лапаротомия (А. М. Микулинский). Тонкий кишечник на большом протяжении раздут, наполнен газами, жидким содержимым. Одна из петель тонких кишок перетянута плотными сращениями. При выведении данного участка в рану из области ущемления выделялись каловые массы. В двух местах произведена резекция тонкого кишечника. Операционный диагноз — странгуляционная кишечная непроходимость.

18/X состояние тяжелое. Жалобы на боли в животе, общую слабость. Температура — 37,2°, пульс — 130, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык слегка обложен беловатым налетом, влажный. Живот мягкий, не вздут, пальпация в области операционной раны болезненна. Больная получала сердечные, большие количества жидкости подкожно и внутривенно, пенициллин и стрептомицин в брюшную полость и внутримышечно.

19/X состояние несколько улучшилось, но продолжало оставаться тяжелым. Ночь провела спокойно, спала. Жалуется на слабость. Пульс — 122, слабого наполнения. Живот мягкий, безболезненный.

20/X состояние тяжелое. Жалобы на общую слабость. Температура — 38,6°, пульс — 120, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот вздут, при пальпации болезненный в области шва. Симптом Щеткина отрицательный. Л. — 9 800, п. — 20%, с. — 68%, л. — 10%, м. — 2%, РОЭ — 28 мм/час. В 19 час. состояние резко ухудшилось, появилась рвота, беспокоят срыгивание, икота, одышка. Живот резко вздут, газы не отходят, тимпанит. Пульс — 126, слабого наполнения. В 21 час произведена операция — наложение калового свища. В последующие дни состояние продолжало оставаться тяжелым. 23/X-56 г. б-ная скончалась.

Патологоанатомический диагноз: язвенный энтерит с перфорацией, разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

В данном случае заболевание началось до поступления в клинику. Перетяжку, вызвавшую странгуляцию, надо рассматривать как перипроцесс, вызванный предперфоративным состоянием или микроперфорацией одной из язв.

III. Б-ной Г., 36 лет. Доставлен в 8 час. 45 мин. 3/XI-58 г. с жалобами на боли в животе, затрудненное мочеиспускание. Боли начались остро по всему животу в 2 часа 3/XI. Была однократно рвота. Подобных приступов болей раньше не было. Анамнестических указаний на язвенную болезнь нет.

Положение вынужденное — с приведенными к животу ногами. Кожные покровы и видимые слизистые бледны. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. АД — 135/80, пульс — 84, ритмичный, полный. Язык влажный, чистый.

Живот — «как доска», в акте дыхания участвует слабо, тимпанит. Пальпация в низу живота слева от средней линии резко болезненна. Симптом Щеткина в низу живота положительный.

Л. — 11 600, п. — 33%, с. — 57%, л. — 8%, м. — 1%, кл. Тюрка — 1%, РОЭ — 3 мм/час. Моча — без отклонений от нормы.

Рентгеноскопия: в области печени имеется скопление воздуха в виде серпа.

Диагноз: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (тонкого кишечника?).

Срочная операция (Е. А. Черняков) под местной анестезией. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологических изменений. На тонком кишечнике налет фибрина. В брюшной полости небольшое количество мутноватой жидкости с примесью кусочков непереваренной пищи. На одной из петель тонкого кишечника найдено отверстие размером $2 \times 2,5$ см. Последнее ушито. В брюшную полость вставлены резиновый и марлевый дренажи.

В послеоперационном периоде 6-ной получал сердечные, внутривенно — 40% раствор глюкозы, пенициллин и стрептомицин внутримышечно и в брюшную полость, физиологический раствор подкожно. Выздоровление.

Возникновение такого рода язв объясняют по-разному. Большое значение придается тромбозу сосудов, ведущему к геморрагическим инфарктам на протяжении кишечных стенок, механической травме слизистой, воздействию желудочного сока, нервнотрофическим расстройствам.

Помня о существовании таких процессов, можно поставить диагноз прободения простой язвы тонкого кишечника до операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Самарин Н. Н. Диагностика острого живота, 1952.— 2. Тоскин К. Д. Хирургия, 1955, 12.

Поступила 6 апреля 1959 г.

ОПЫТ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И СМЕЖНЫХ С НЕЮ ОБЛАСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

И. М. Алеева

Кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Республиканская стоматологическая больница (главврач — С. З. Зелялютдинова)

Нами изучены рентгенограммы 55 больных (46 мужчин и 9 женщин) с переломами верхней челюсти и смежных областей лицевого скелета из практики мирного времени.

Переломы вследствие производственной травмы мы наблюдали в 16, вследствие бытовой — в 39 случаях.

Основным снимком для диагностики повреждений верхней челюсти и смежных областей является снимок черепа, произведенный в подбородочно-носовой проекции. На этом снимке, наряду с верхними челюстями, отчетливо выявляются глазницы (особенно верхние и наружные стенки), а также скуловые кости и скуловые дуги, переломы которых часто сопровождают переломы верхней челюсти.

При переломах альвеолярного отростка верхней челюсти дополнительно делаются интраоральные снимки альвеолярного отростка (контактные или в состоянии прикуса).

При переломах скуловой кости, в дополнение к снимкам в подбородочно-носовой и аксиальной проекциях, иногда делается касательный снимок скуловой кости.

В случаях переломов носовых костей следует делать снимок черепа в подбородочно-носовой проекции и боковой снимок носовых косточек.

Переломы скуловой дуги лучше всего выявляются на аксиальном снимке; видны они и на снимках в подбородочно-носовой проекции и на косом снимке нижней челюсти.

В таблице на стр. 78 представлено распределение больных по локализации переломов в отдельных областях лицевого скелета.

В 13 случаях переломы верхней челюсти сочетались с переломами нижней челюсти. Анализируя наш материал, мы обратили внимание на следующие моменты, которые могут повлечь за собой диагностические ошибки при переломах верхней челюсти и смежных областей.

В некоторых случаях для диагностики переломов указанной локализации врачи-рентгенологи применяют снимок черепа в лобно-носовой проекции и иногда ограни-