

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-

|  |                                       |                                      |               |   |               |   |  |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------|---|---------------|---|--|
| Область соединения верхней челюсти со скуловой костью + лобный ее отросток + скуловая дуга | Альвеолярный отросток верхней челюсти | Переломы верхней челюсти 2 и 3 типов | Носовые кости | Область соединения верхней челюсти со скуловой костью | Скуловая дуга | Область соединения верхней челюсти со скуловой костью + скуловая дуга | Область соединения верхней челюсти со скуловой костью + лобный ее отросток |
| 17   | 9                                     | 8                                    | 8             | 4   | 4             | 3   | 2  |

чиваются этим снимком. При этом могут быть пропущены переломы верхней челюсти и скуловой кости в связи с частичным наслоением на эти отделы лицевого скелета тени костей основания черепа. Кроме того, могут остаться невыявленными переломы скуловых дуг. Поэтому при переломах лицевого скелета лобно-носовой снимок черепа может быть использован лишь как дополнительный к подбородочно-носовому и аксиальному снимкам для уточнения состояния нижних отделов верхней челюсти и определения состояния нижней челюсти.

Нецелесообразно также при переломах лицевого скелета снимок черепа в подбородочно-носовой проекции заменять снимком черепа в задней проекции, который иногда производится на первых этапах диагностики больным, находящимся в тяжелом состоянии. Рентгеноанатомические данные заднего снимка черепа сходны с лобно-носовым снимком. Поэтому, как только состояние больного позволит положить его вниз лицом, следует сделать ему снимок черепа в подбородочно-носовой проекции.

Снимок черепа в подбородочно-носовой проекции, который должен в основном применяться при диагностике переломов верхней челюсти и смежных областей, производится иногда с центрацией не на верхний край орбиты, а на середину ее или даже на нижний край. Следствием этого является наслоение тени костей основания черепа на верхние челюсти, скуловые кости и дуги, что может скрыть за собой переломы этой локализации.

При диагностике переломов носовых костей некоторые рентгенологи ограничиваются боковым снимком их или в дополнение к нему делают снимок черепа в лобно-носовой проекции. Как то, так и другое является ошибочным. При переломах носовых костей очень важно уточнить состояние медиальных стенок глазниц в связи с возможностью их перелома. Исходя из этого, кроме бокового снимка носовых костей, надо производить снимок черепа в подбородочно-носовой проекции, а не в лобно-носовой, на котором на область носовых костей и глазниц наслаивается тень костей основания черепа.

Поступила 17 февраля 1960 г.

## О РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ЭХИНОКОККА

*Асп. М. Р. Рокицкий*

Клиника факультетской хирургии (зав.—проф. С. Л. Либов) Куйбышевского медицинского института

Наиболее часто эхинококк в организме человека развивается в печени (60—75%) и легких (10—17%); остальные 15—20% больных страдают эхинококком редких локализаций (А. Г. Бржозовский, Ю. В. Астрожников и др.).

На материале факультетской хирургической клиники за 1958—59 гг. мы встретили следующие 4 случая редких локализаций эхинококка, представляющих практический интерес.

1. Эхинококк ребер наблюдается лишь в 1,7% случаев эхинококка костей, составляющих от 0,4 до 3% поражений всех прочих органов (Б. А. Альбицкий, А. В. Мельников, Х. И. Юсуфджанов, Г. А. Бебурашвили, Б. И. Аладашвили, Г. Г. Ковалев, Ц. М. Гейлер).

Б-ная К., 54 лет, поступила 30/X-58 г. с жалобами на припухлость справа под лопаткой, появившуюся 2 месяца назад. Боли в этой области ощущает с 1948 г., когда перенесла ушиб правой половины грудной клетки.

Справа, под углом лопатки, на уровне 8 ребра, плотная, неподвижная, безболезненная припухлость размером 8 × 10 см. Рентгенографически: в области 7—8 ребер, по лопаточной линии, имеется округлое затемнение средней интенсивности, 7—8 ребра разрушены.