

Бактериофаг вводили интратрахеально от 1,5 до 8 мл 1 раз в неделю после предварительной анестезии дыхательных путей 1% раствором диканна. Больных клали на бок соответственно расположению каверны. Все больные получали от 17 до 40 вливаний. Обычно 10—12 вливаний мы проводили в стационаре, а остальные — амбулаторно.

Большинство больных переносило бактериофаг хорошо, но у некоторых появлялись озноб, головные боли, недомогание, тошнота, иногда рвота. Как правило, с уменьшением дозы бактериофага реакции прекращались. Лишь 2 больным вливания были отменены из-за непереносимости.

В результате длительного применения бактериофага у 32 больных наступило улучшение общего состояния и рентгенологической картины в легких. У 18 больных произошло рассасывание очаговых изменений и закрытие полости распада. До применения бактериофага почти все больные длительно, но безрезультатно лечились антибактериальными препаратами.

Всегда положительный эффект мы получали при «раздутых» кавернах, где было специфическое поражение бронха и соответственно нарушался дренаж каверны.

У 8 больных рентгенологическая картина в легких осталась без изменений, хотя общее состояние этих больных за время лечения было хорошим.

Наши наблюдения дают основание считать, что бактериофаг является ценным дополнительным средством в комплексном лечении туберкулезных больных.

УДК 616.33—007.59

А. Ф. Агеев и А. П. Максимов (Казань). Заворот желудка

Заворот желудка относится к числу редко встречающихся заболеваний. Мы наблюдали больного с заворотом желудка, распознанным во время рентгенологического исследования.

К., 18 лет, поступил 6/IV 1967 г. с жалобами на боли в эпигастриальной области, возникающие приступообразно после приема пищи или физического напряжения и проходящие после 10—15-минутного покоя или после рвоты. Заболел год назад, неоднократно был обследован; лечился по поводу хронического гастрита.

Больной астенического телосложения. При первичном осмотре со стороны органов грудной клетки и полости живота патологических изменений не выявлено. Анализ желудочного сока: до завтрака свободная HCl — 0, общая — 10, после завтрака — соответственно 4—14 и 18—28. В осадке умеренное количество лейкоцитов. При рентгеноскопии желудка в нем обнаружено значительное количество жидкости. Антральный его отдел и луковица двенадцатиперстной кишки повернуты влево и кзади примерно на 180°. Складки слизистой широкие, извитые, прослеживаются на всем протяжении. Эвакуация из желудка не нарушена. Подкова двенадцатиперстной кишки обычно развернута, лишь несколько смещена влево. Через 15 мин. желудок принял обычную форму и положение.

На основании клинических и рентгенологических данных установлен диагноз: продольный нефиксированный заворот желудка, гастрит.

21/IV 1967 г. операция (А. Ф. Агеев) под интубационным эфирно-кислородным наркозом. Расположение органов правильное. Желудок нормальных размеров, отмечается его необычная подвижность и вертикальное положение. Связочный аппарат желудка сохранен. Правая половина большого сальника припаяна широкими плоскостными спайками к правой доле печени. Произведена фиксация желудка наложением узловых капроновых швов между задней стенкой пилорического отдела и тела желудка и брюшиной, покрывающей поджелудочную железу. Свободная левая половина большого сальника распластана по передней поверхности желудка и фиксирована к переднему листку малого сальника. Брюшная полость ушита наглухо. Послеоперационное течение без осложнений.

УДК 616.617—007

Б. И. Зак и В. А. Баскаков (Казань). Редкая аномалия мочеточников

Б., 38 лет, поступила в отделение неотложной хирургии 12/XI 1967 г. с жалобами на сильные приступообразные боли в правой поясничной области с иррадиацией в промежность и пах, дизурические явления. Подобные приступы возникали и раньше со стороны, то с левой стороны. Ранее не обследовалась.

При поступлении температура 38,2°, пульс 92, АД — 140/80. Лейкоцитоз со значительным сдвигом влево. В осадке мочи большое количество свежих эритроцитов. На обзорной рентгенограмме в проекции нижней трети левого мочеточника определяется тень от конкремента 0,6×0,8 см. Приступ почечной колики купирован правосторонней внутритазовой новокаиновой блокадой (250 мл 0,25% раствора новокаина). На экскреторных урограммах, произведенных через 8 дней после купирования приступа, определяется полное удвоение лоханок и мочеточников с обеих сторон. Хромоцистоскопия показала наличие четырех устьев, причем слева в нижнем — уретероцеле. Индигокармин, введенный внутривенно, выделился из верхнего устья слева на 5-й мин., а справа отсутствовал в течение 15 мин. наблюдения (через сутки после купирования колики).