

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).

Произведена ретроградная уретеропиелография справа одновременно обоих мочеточников и лоханок. Более длинный мочеточник, отходящий от верхней половины удвоенной почки (см. рис.), четыре раза перекрещивается с рядом идущим мочеточником. Слева, ввиду наличия уретероцеле, одновременную катетеризацию обоих мочеточников выполнить не представилось возможным. За время пребывания в стационаре приступ почечной колики не повторялся. Гемодинамические показатели и температурная реакция нормализовались через 3—4 дня после купирования острого приступа. Функция правой почки по данным хромоцистоскопии восстановилась на 4-й день. От предложенного оперативного удаления конкремента больная отказалась. В удовлетворительном состоянии выписана 26/XI 1967 г.

УДК 618.12—007.253—617.55

М. Ф. Мусин (Казань). Брюшно-тубный свищ

Согласно литературным данным, брюшно-тубно-тубный свищ является весьма редкой разновидностью генитальных свищей. Мы смогли найти лишь одно наблюдение И. А. Капланского (1955) о послеоперационном брюшно-тубном свище трубы с отхождением менструальной крови из свищевого отверстия. В крупных исследованиях, посвященных изучению генитальных свищей (А. К. Лидервальд, 1894; Я. В. Куколев, 1961), совершенно отсутствуют указания на возможность таких вариантов генитальных свищей.

Приводим наше наблюдение.

С., 26 лет, доставлена 22/XI 1963 г. в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит». При лапаротомии выделилось большое количество жидкости со сгустками шоколадного цвета. Червеобразный отросток не изменен. Правый яичник — с единичными мелкокистозными образованиями. Возникло подозрение на разрыв кисты левого яичника. Операционная рана зашита с оставлением дренажной трубки. Произведена срединная нижняя лапаротомия. К ране предлежало опухолевидное образование величиной с головку новорожденного ребенка — ретенционная киста левого яичника. Произведено удаление кисты, культи частично перитонизирована, труба без изменений, оставлена на месте. Правая труба также не изменена. Из правого яичника вылущено несколько кист диаметром от 0,6 до 1 см. Наложена контрапертура в левой подвздошной области для дренирования брюшной полости. 6/I 1964 г. С. выписана.

Вскоре из свища на послеоперационном рубце в левой подвздошной области появилось серозно-гнойное отделяемое, которое временами становилось обильным. Амбулаторное лечение эффекта не дало. 3/IX 1964 г. больная направлена в ту же хирургическую клинику для оперативного лечения.

В левой подвздошной области, на послеоперационном рубце, на границе средней и нижней трети свищевое отверстие $0,3 \times 0,3$ см, из которого выделяется гнойно-серозное содержимое.

10/IX 1964 г. в свищевое отверстие введено 8 мл 50% раствора трийотраста. На рентгенограмме (см. рис.) видна канюля шприца, введенная в свищевое отверстие. Свищевой канал протяженностью до 5 см, шириной до 0,5 см, с четкими, ровными контурами, идет медиально, на уровне 4-го крестцового позвонка резко расширяется и образует неравномерное скопление контраста размерами $5 \times 2,5$ см. Контрастировалась полость матки. Между отмеченным скоплением контрастного вещества в брюшной полости и телом матки выявляется извилистая, тоненькая (до 1,5 мм в диаметре), местами прерывающаяся контрастированная полоска — тень трубы. Заключение: брюшно-тубно-тубный свищ.

18/IX 1964 г. в свищевое отверстие введен раствор метиленовой синьки. Спустя некоторое время у больной из гениталий появились окрашенные в синий цвет выделения.

