

	Число больных	Число случаев второй скарла- тины	‰‰
Selma Meyer (Dusseldorf) . . . 1907—1926 на	3268 сл.	37	1,1
London (по Gabriel-Zischinski) 1901	„ 14173 „	154	1,1
Burton a. Balmin (Америка) . . . —	„ 432 „	18	4,2
Gabriel-Zischinski (Wien) . . . 1902—1929 „	20000 „	387	1,9

Если разбить большой, прекрасно разработанный материал Gabriel и Zischinski по годам, то получатся цифры от 0,42‰ до 6,83‰, причем в последние годы с 1922 по 1929 год этот процент держится на высоких цифрах от 2,49‰ до 3,43‰. В их материалах имеется пятеро детей, у которых во время пребывания в скарлатинном отделении трижды наблюдалась картина скарлатины.

Что касается происхождения рецидива, то вопрос этот спорный. Возможна новая инфекция извне (Fankoni) и реинфекция возбудителями, сохранившимися в собственном теле (Ferraris-Wysz) Gabriel и Zischinski на основании своего гигантского материала считают, что рецидив в подавляющем большинстве случаев—следствие новой инфекции извне. Они говорят: „Спорный вопрос, есть ли рецидив новая инфекция извне или нет, можно разрешить лишь в том случае, если его случится наблюдать у безусловно изолированных скарлатинных больных“.

Сообщенные нами три истории болезни с очевидностью устанавливают возможность появления рецидива инициального комплекса скарлатины в период второй болезни в условиях, исключающих возможность новой инфекции.

Из хирургического отделения Халтуринской, районной больницы Горьковского края.

Случай заворота тонких кишек при восьмимесячной беременности¹⁾.

Д-р А. В. Н. Басильева.

Непроходимость кишечника составляет одну из глав современной хирургии, где еще не все вопросы уточнены и разработаны, что можно видеть хотя бы из того, что эта тема составляет предмет обсуждения съездов и не сходит со страниц хирургической печати. Одно бесспорно, что терапия острой непроходимости—исключительно хирургическая.

Не входя в обсуждение вопроса о причинах острой непроходимости (в частности, странгуляционного типа), считаю необходимым опубликовать оперированный мною случай заворота тонких кишек у женщины при восьмимесячной беременности. Этот случай представляет интерес как в смысле казуистическом, так и в смысле вопроса о терапии при подобного рода сочетаниях.

Больная Б., 43 лет, крестьянка, поступила в хирургическое отделение Халтуринской райбольницы 23/1 1930 года с жалобами на схваткообразные боли в животе, частую рвоту, отсутствие стула и газов. Заболела в полночь с 21 на 22 января, причем, поднявшись с постели, почувствовала сильные боли в животе, где „как будто что-то повернулось“. С большим трудом она сходила по хозяйственным делам во двор и вернувшись, упала на пол почти без сознания. Утром 22/1 приехал фельдшер, который поставил клизму и посоветовал, если не будет лучше, направиться в больницу. Больная слабо помнит подробности посещения ее фельдшером, т. е. была в весьма тяжелом состоянии. После клизмы, по ее словам, был необильный стул, но газы не отходили. Не получив никакого облегчения от клизмы, больная решила отправиться в гор. Халтурин в больницу, куда и была доставлена лишь 23/1 30 года днем. Больная считает себя беременной 8 месяцев. Эта беременность девятая по счету. Прежние беременности проходили хорошо. Выкидышей не было. Из детей 4 чел. живы и здоровы, 4 умерло. Б. была вполне здоровой, венерические болезни отрицает, живет в обычных крестьянских условиях.

¹⁾ Доложено 20/II 30 г. в научн. ассоц. врачей г. Халтурина.

При объективном исследовании Б. производит впечатление тяжело больной, среднего роста, худощава. Пульс мягкий, 100—105 ударов в минуту, температура 37,6. Частая рвота жидкостью, темнозеленого цвета, без калового запаха. Тоны сердца глуховаты, в легких распространенные сухие хрипы. Вокруг рта покраснение от раздражения рвотными массами. Ясно прощупывается беременная матка, смещенная в левую половину живота; дно ее поднимается на 3 пальца выше пупка. Сердцебиение и движения плода хорошо определяются. Живот вздут, перкуссия дает высокий тимпанит, за исключением боковых отделов, где звук притуплен. На глаз видна ясная перистальтика кишечника, во время которой больная испытывает сильные боли. По средней линии над маткой видна раздутая не перистальтирующая кишечная петля (симптом v. W a l'а), оказавшаяся впоследствии *col. transvers; def. muscul.* и симптом Блюмберга отсутствуют. На ногах и правой большой половой губе сильно развитые *varices*. Диагностическая клизма вошла полностью. После клизмы с водой вышло немного жидкого кала, газы не отходили. В виду ясного симптомокомплекса острой кишечной непроходимости решено произвести ляпаротомию. Диагноз—непроходимость тонких кишек.

Операция в 8 час. вечера 23/1 30, т. е. в конце вторых суток от начала болезни, под местной инфильтрационной анестезией с предварительным введением морфия. Разрезом, начинающимся по средине между *proct. hypoid.* и пупком и заканчивающимся на 3 пальца ниже пупка, вскрыта брюшная полость, из которой вытекло большое количество кровянистой жидкости. Предлежит сильно раздутая *col. transversum*, матка отклонена влево, и ротирована так, что правое ее ребро обращено кпереди, левым же углом она слегка сдавливает *flex. sigmoid.* Дан эфирный наркоз. При обследовании толстого кишечника оказалось, что в области перехода *coecum* в *col. ascendens* кишка вдавлена вглубь, перегнута и прочно фиксирована. Решив, что здесь и находится препятствие, я, несмотря на целый ряд попыток, не мог извлечь этот отдел кишечника в рану. В виду этого мною приступлено к систематическому обследованию кишек, начиная от *duodenum*. В расстоянии 15—20 сант. от *plac. duodeno-jejunalis* показались темно-вишневого цвета петли тонких кишек, которые целиком были прикрыты вздутыми петлями нижнего отдела тонкого кишечника. Брыжжейка оказалась завернувшейся по ходу часовой стрелки и имела расширенные вены и кровоизлияния. Легко была произведена деторзия, причем оказалось, что в заворот вовлечено около половины тонкого кишечника. После деторзии кишки на глазах порозовели. Найдены кое-где небольшие кровоизлияния под серозу и гематомы в брыжжейке, а также несколько емких сгустков крови между петлями кишек. Некротических участков не было. После этого легко удалось вывести *coecum* и *col. ascendens*, причем там никаких перетяжек не оказалось. Нужно думать, что брыжжейка *ilei*, сильно натянувшись, перегнула место перехода *coecum* в *col. ascend.* Теперь стала понятной причина вздутия всего тонкого кишечника и *coecum*. Вследствие перегиба в этом месте получилась также непроходимость. Матка же, сдавливая *sigmam*, вызвала вздутие *colon transversum*, так что из всего кишечника в спавшемся состоянии была лишь *sigma*. В виду тяжелого состояния больной родоразрешение решено не производить. Брюшная полость тщательно зашита наглухо двумя рядами узловатых швов, под кожу введено 600 куб. сант. физиологического раствора.

Считая, что стеркоремиа является главной причиной гибели этих больных, мы стремились вызвать, как можно скорее, перистальтику и опорожнение кишечника. С этой целью со следующего же дня применялись грелки на живот, сифонные и масляные клизмы, промывания желудка и подкожные инъекции *sol. physostigmini salicyl.* (1:1000 по 1 куб. сан. 3 раза в день). Камфора и физиологический раствор вводились в течение первых трех дней. Послеоперационное течение осложнилось сильнейшим бронхитом. Применялись банки и для лучшего отхаркивания и вентиляции легких раствор ипекакуаны с кодеином; на ночь вводился морфий. Газы отошли на третий день, на пятый последовал стул после клизмы. Пульс все время держался на высоте от 114 до 130 ударов в минуту. Никаких явлений раздражения брюшины. К 8-му дню пульс снизился до 96—98 в мин. Температура давала небольшие повышения (до 37,7) вполне объяснившиеся легочными явлениями.

3-го февраля во время утреннего обхода обнаружено промокание повязки, причем больная заявила, что в 4 часа утра, после сильного приступа кашля, что-то лопнуло под повязкой, которая быстро промокла. Во время подготовки инструментов к реляпаротомии с больной была снята повязка, причем обнаружилось рас-

хождение средины раны с выпадением петли тонкой кишки, сильно раздутой и покрытой фибрином; кожные швы прорезались. Тотчас же под эфирным наркозом экстренная операция. Брюшные стенки и выпавшая кишечная петля смазаны 5% i-га-jodі, разрез продолжен книзу, выведена матка и, после ограничения ее салфет-камп, произведено классическое кесарское сечение фундальным разрезом. Извлечена живая девочка, 7 фун. весом, без особых признаков недоношенности. Полость матки протерта спиртом и закрыта двурядным непрерывным катгутовым швом. Кишечная петля оказалась приращенной к левому краю раны, часть серозы надорвана, это место перитонизировано двумя швами. Кусок выпавшего и измененного салника резецирован. В брюшную полость влито небольшое количество эфира. Края брюшной раны освежены и брюшная полость зашита наглухо; под кожу введено 600 куб. сант. физиологического раствора. Операция, считая с начала дачи наркоза, продолжалась 40 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений, если не считать все продолжавшийся бронхит; температура не поднималась выше 38,3. В послеоперационном периоде произошло расхождение части кожной раны на протяжении 6 сант. выше и ниже пупка, вследствие вялого нагноения. В остальной части раны заживление per grām; швы сняты на 14-й день.

Переходя к анализу нашего случая, мне хочется подчеркнуть, что опорожнение матки в нашем случае при операции по поводу ileus'a вряд ли было бы целесообразным, т. к. больная находилась в таком состоянии, что излишняя кровопотеря, вероятно уменьшила бы и без того небольшие шансы на выздоровление. С другой стороны, я не надеялся на то, что роды могли бы быть предоставлены естественному течению даже в случае заживления первичным натяжением и предполагал произвести кесарево сечение в начале родовой деятельности.

Того же мнения был и проф. В. С. Груздев, к которому после первой операции я обратился с просьбой дать совет по поводу этого случая¹⁾. Мне хочется здесь подчеркнуть, что опорожнение матки в первый момент имело бы может быть роковые последствия для нашей больной, которая в настоящее время вполне здоровой выписана из больницы.

В заключение я позволю себе сказать несколько слов об ileus'e у беременных. По объективным условиям, в обстановке небольшого уездного городка, я не мог собрать соответствующую литературу, но, повидимому, она не так богата. Так, в известном руководстве проф. В. С. Груздева (акушерство т. I. ч. II, стр. 415), мы читаем, что ileus у беременных чаще встречается при опухолях маточных придатков, т. е. вероятно, бывает типа обтурационного. По Мусатову (цитирую по В. С. Груздеву), собравшему из литературы 21 случай ileus'a у беременных, непроходимость у беременных развивается или бурно или исподволь. В случае непроходимости от сдавления показано опорожнение матки, которое иногда ведет к устранению непроходимости. Наш случай заворота тонких кишек в конце беременности является редким, что подтверждает и проф. В. С. Груздев, любезно сообщая в своем письме, что у него в практике не встречалось подобного рода случаев, да и из литературы он, как-будто, не припоминает последних. Это и заставило меня опубликовать наш случай, из которого м. б. можно сделать вывод, что при непроходимости в конце беременности лучше опорожнение матки оставить на второй момент, сберегая силы больной, тем более, что операция кесарева сечения может быть очень быстро сделана при не вполне еще сросшейся ране.

¹⁾ Пользуюсь случаем поблагодарить многоуважаемого профессора В. С. Груздева за консультативную помощь.