

вились сердечная деятельность и дыхание. Наложена кокситная повязка. В крайне тяжелом состоянии ребенок доставлен в палату. Резкое ухудшение состояния больной в процессе операции не позволило выполнить операцию радикально.

В дальнейшем переливание крови, введение больших доз антибиотиков, глюкозы, витаминов продолжались. К этому периоду болезни ребенок находился в состоянии крайнего истощения. Появились обширные пролежни на крестце и остистых отростках позвоночника. Температура держалась на высоких цифрах, нарастала анемия, резкий сдвиг крови влево, белок в моче. Появился остеомиелитический процесс левой лучевой кости. Посевы крови стерильны. Из гноя выделен золотистый стафилококк, чувствительный к пенициллину и стрептомицину. Консервативное лечение не улучшало состояния больной, в связи с чем решено, что удаление секвестрировавшей левой безымянной кости и пораженной остеомиелитическим процессом головки левой бедренной кости, несмотря на обширность и тяжесть предполагаемого вмешательства, остается единственным мерой для спасения жизни больной.

8/X-58 г. операция. Потенцированный интубационный эфирно-кислородный наркоз. Разрез по наружной поверхности левого бедра от верхнего края подвздошной кости до средней трети. Удалена вся подвздошная кость. Произведено удаление пораженной головки и шейки левого бедра. В обширную полость введены дренажи и тампоны. Наложена контрапертура в области левой поверхности крестца. Разрез в проекции дистального отдела левой лучевой кости. Выделилось немного густого гноя. Наложены мазовые повязки, гипсовая лонгета на левое предплечье. Из-за тяжести состояния, обширных пролежней и ран в области таза, отсутствия левой безымянной кости решено кокситную повязку заменить гипсовыми лонгетами и наложением легкого вытяжения за левую ногу.

В дальнейшем больная начала медленно поправляться — улучшились общее состояние, показатели крови, появились здоровые грануляции в ранах, полость на месте удаленных костей таза уменьшилась. 13/XII-58 г. выписана в удовлетворительном состоянии для долечивания по месту жительства.

Спустя более года с момента выписки состояние ребенка хорошее, может ходить без палочки, но прихрамывает на левую ногу вследствие укорочения левого бедра. На рентгенограммах видно значительное восстановление костей таза за счет сохранившейся надкостницы.

Клиника не является сторонницей ранних вмешательств на губчатых плоских костях при остеомиелите, тем более в детском возрасте, однако в данном случае секвестрировавшие кости таза являлись как бы инородными телами, поддерживающими инфекцию, и единственным спасением больной было их удаление.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. М., 1956. — 2. Еланский Н. Н. и Клевиц В. Е. Хирургия, 1959, 4. — 3. Корнев П. Г. Вопросы раневого остеомиелита. Л., 1947. — 4. Дерижанов С. М. Патологическая анатомия и патогенез остеомиелита. Смоленск, 1940. — 5. Руфанов И. Г. Общая хирургия. М., 1953.

Поступила 25 января 1960 г.

## РЕЗЕКЦИЯ ОБШИРНОГО УЧАСТКА ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

*Ю. Л. Шальков*

Шугуровская участковая больница (главрач — Х. А. Сябгатуллин)  
Лениногорского района ТАССР

И., 10 лет, поступила в хирургическое отделение 21/I-61 г. с диагнозом: «острый аппендицит (?)».

Утром 19/I-61 г., катаясь на лыжах, девочка упала, после чего появились очень сильные боли в животе, которые вскоре несколько стихли, 20/I-61 г. боли усилились, появилась неоднократная рвота. Стула не было.

При поступлении состояние больной тяжелое, кожа сухая, язык обложен грязным налетом, сухой.

Пульс — 120—140, ритмичный, слабого наполнения. АД — 80/50.

Живот в акте дыхания не участвует, значительно вздут, симметричен. При пальпации определяются напряжение всей брюшной стенки, резкая болезненность, более интенсивная в правом отделе живота. Симптом Щеткина во всех отделах живота. В отлогих местах — свободная жидкость. Амбула прямой кишки зияет. Перистальтика не выслушивается.

Л. — 34 200, п. — 25%, с. — 65%, м. — 8%, л. — 2%.

Был установлен диагноз: разлитой перитонит, заворот кишечника (?), деструктивный аппендицит (?). Операция (Ю. Л. Шальков) под местной инфильтрационной анестезией. По вскрытии брюшной полости выделилось большое количество мутной геморрагической жидкости, тонкий кишечник темно-багрового цвета.

Весь тонкий кишечник перекручен вокруг брыжейки на 360° по часовой стрелке. Произведен разворот.

Был констатирован некроз тонкого кишечника, который начинался на 50 см ниже связки Трейца и заканчивался не доходя баугиниевой заслонки 10—12 см.

Произведена резекция тонкого кишечника на протяжении 2,3 м и наложен анастомоз «конец в конец».

Послеоперационный период протекал очень тяжело. Живот вздут. Пульс — 140—160, очень слабого наполнения, временами не считающийся. Внутривенно введены 40% раствор глюкозы и 10% раствор хлористого натрия. Подкожно и в капельных клизмах введено 4 литра жидкости. Назначены антибиотики (пенициллин и стрептомицин).

Лечение перитонита проведено по П. Л. Сельцовскому: 0,5 стрептомицина в брюшную полость 4—3 раза в сутки. Через час после введения трубка открывалась для оттока экссудата. Каждые два часа из желудка откачивалась тонким зондом застойная жидкость грязно-зеленого цвета со зловонным запахом.

Дважды переливалась кровь по 150 мл и однократно — плазма.

До 25 января состояние оставалось очень тяжелым. 25/1 появилась перистальтика, стали отходить газы, и постепенно стало улучшаться общее состояние. Частые схваткообразные боли в животе утихали после стула. Стул до 20 раз в сутки, жидкий. 27/1 удалена трубка из брюшной полости. В послеоперационном периоде всего введено 11,0 стрептомицина.

Выписана 22/II-61 г. в хорошем состоянии.

Осмотрена 30/III-61 г. Здоровая.

Поступила 10 апреля 1961 г.

## РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ<sup>1</sup>

*О. В. Михайлова и Б. Ф. Сметанин*

Кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета (зав.— проф.

**И. В. Домрачев**) и кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф.

**М. И. Гольдштейн**) Казанского медицинского института

Каждому хирургу известны большие трудности при лечении дуоденальных свищей, возникающих как тяжелое осложнение в различные сроки после резекции желудка.

Оперативное лечение этих больных почти всегда безуспешно, а поэтому отдается предпочтение консервативной терапии, которая также не всегда эффективна.

А. М. Мерман у 81 больного отметила положительный эффект при рентгенотерапии кишечно-каловых свищей, Е. Д. Дубовый и Я. М. Пекерман сообщили о хороших результатах рентгенотерапии при острых анастомозитах.

Нами с февраля 1959 г. наблюдаются и подвергнуты рентгенотерапии двое больных с дуоденальными свищами после резекции желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

До применения рентгенотерапии больные лечились различными консервативными методами от 20 дней до 4 месяцев, были предприняты и повторные безуспешные операции по закрытию свищей.

Область свища облучалась на аппарате РУМ-3 полем 6—8 см или 10 × 15 см, кожно-фокусное расстояние — 40 или 60 см, напряжение — 160 киловольт, сила тока — 10 миллиампер, фильтр — 0,5 меди + 1 алюминия. Слой половинного ослабления — 0,72 меди. Разовая доза колебалась от 20 до 100 р. при общем количестве сеансов от 3 до 5 и с интервалами между ними в 4—8 дней.

У больного А., 23 лет, на 6-й день (II/VIII-59 г.) после резекции желудка по Бильрот-II по поводу пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки в поджелудочную железу на высоте кровотечения (Hb — 12 ед.) появился дуоденальный свищ.

В тот же день произведена повторная операция — ушивание дефекта культи двенадцатиперстной кишки с подведением тампона к культе. На четвертые сутки после второй операции вновь образовался дуоденальный свищ с выходом в послеоперационную рану, с обильным разъедающим кожу отделяемым. К 21 дню после появления дуоденального свища истощение больного достигло резкой степени (больной отечен, кожа сухая, шелушится, резкая слабость, обильные выделения из свища с резко выраженным дерматитом скружающей кожи).

<sup>1</sup> Доложено на заседании хирургического общества ТАССР 19/V-60 г.