

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.

Обсмотрена 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 (11/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.

Э.— 2 900 000, Нб — 45 ед., Л.— 5 900, п.— 3%, с.— 66%, л.— 19%, м.— 4%, э.— 8%, РОЭ — 40 мм/час.

На 22-й день после появления свища больной подвергся глубокой рентгенотерапии (30 р.) на область свища.

После первого же сеанса выделения из свища уменьшились, явления местного дерматита стихли. Всего больной получил 5 сеансов с интервалами в 5—7 дней. Суммарная доза — 190 р.

Общее состояние больного резко улучшалось, картина крови нормализовалась. На 7-й день после начала облучения выделения из свища почти прекратились, а на 16-й день, то есть после третьего облучения, свищ окончательно закрылся.

На 26-й день после рентгенотерапии больной был выписан домой в хорошем состоянии и через 4 месяца приступил к прежней работе.

У второго наблюдаемого нами больного с дуоденальным свищом, возникшим также после резекции желудка, свищ закрылся на 18-й день после начала облучения.

Технические условия облучения были те же, и разовая доза — 60—100 р., а суммарная — 400 р. (за 5 сеансов). Лейкопении и лимфопении не было.

Хорошие ближайшие и отдаленные результаты глубокой рентгенотерапии дуоденальных свищей, хотя и в малом числе случаев, убеждают нас в целесообразности ее применения в ранние сроки в сочетании со всеми консервативными методами лечения, не дожидаясь больших разрушений тканей и истощения больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дубовый Е. Д., Пекерман Н. М. Хирургия, 1959, 3. — 2. Климова В. К. Вестн. хир., 1960, 3. — Мерман А. М. Клин. мед. 1951, 7. — 4. Ратнер Л. М. и Климова В. К. Вестн. хир., 1953.

Поступила 9 декабря 1960 г.

## ДВУХСТОРОННЯЯ АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКОВ

А. А. Васильев

3-я кафедра хирургии (зав.— проф. Б. С. Розанов), кафедра гинекологии (зав.— проф. Ф. А. Сыроватко) ЦИУ и клиническая Московская больница им. С. П. Боткина (главврач — проф. А. Н. Шабанов)

Если односторонняя апоплексия яичника встречается довольно редко и составляет 0,5—2% среди внутрибрюшных кровотечений генитального происхождения (М. С. Малиновский, И. С. Брейдо, О. И. Топчиева, Д. А. Лемберг, А. А. Васильев и др.), то двухстороннее овариальное кровотечение из яичника встречается исключительно редко.

Клиническая диагностика двухсторонних разрывов яичника представляет большую трудность. Ввиду редкости подобного заболевания мы считаем целесообразным привести наши наблюдения.

В доступной литературе нам удалось встретить указания лишь на единичные случаи (О. И. Топчиева, М. И. Хропкина и др.). В больнице им. С. П. Боткина с 1947 по 1957 гг. из 254 больных с овариальным кровотечением у 4 женщин обнаружен двухсторонний разрыв яичников.

И. К., 33 лет, поступила 22/1-52 г. в день заболевания с диагнозом «почечная колика». Жалобы на резкие боли в правой поясничной области. Боли в нижней части живота появились внезапно, были кратковременный обморок, частое и болезненное мочеиспускание. Последние менструации 17/1-52 г. прошли за 4 дня.

Общее состояние средней тяжести. Видимые слизистые и кожные покровы бледные. Пульс — 100, слабого наполнения, АД — 100/60. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный во всех отделах, но больше — в нижнем. Симптом Блюмберга — Щеткина положительный. Температура — 36,8°.

Л.— 15 800, э.— 1%, п.— 18%, с.— 67%, л.— 11%, м.— 3%, РОЭ — 10 мм/час.

Матка обычных размеров, отклонена влево, болезненность и пастозность в заднем правом своде.

Диагноз: правосторонняя трубная беременность.

Нижне-срединная лапаротомия. В брюшной полости темная жидкая кровь и сгустки. Матка нормальных размеров, маточные трубы без видимых изменений. Левый яичник увеличен, на верхнем его полюсе имеется разрыв 0,5 × 0,5 см, из которого поступает кровь. На поверхности правого яичника также перфоративное отверстие 0,3 см в диаметре. Произведена резекция обоих яичников.

Послеоперационный диагноз: двухсторонний разрыв яичника.

Гистологически в резецированной части правого яичника обнаружено желтое тело с крупным свежим кровоизлиянием и разрушением капсул и в части левого яичника — кровоизлияние в желтое тело.