

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 на 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.

1. 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.

Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на 9-й день.

II. Г., 39 лет, поступила 13/IX-54 г. на другой день после заболевания с диагнозом «внематочная беременность». Жалобы на боли в низу живота, иррадиирующие в прямую кишку. Боли в нижней части живота наступили внезапно. Беременностей 4, все закончились нормальными родами. Имелась задержка менструации на 3 месяца. Больная беременной себя не считает.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс — 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, болезненный в нижнем отделе, симптом Щеткина — Блюмберга слабо положительный, температура — 37,6°.

Л. — 11 000, э. — 1%, п. — 5%, с. — 68%, л. — 22%, м. — 4%, РОЭ — 38 мм/час.

Шейка цилиндрическая, зев закрыт. Выделения слизистые, светлые. Матка не увеличена, движения ее мало болезненны. Своды сглажены. Правые придатки увеличены, болезненны.

Диагноз: правосторонняя трубная беременность.

Лапаротомия. В брюшной полости незначительное количество свободной крови. Матка обычных размеров, трубы резко гиперемированы, отечны (перисальпингит), фимбрии свободны. Яичники несколько увеличены в размерах, правый яичник покрыт кровянистыми сгустками, после удаления которых обнаружен разрыв яичника $0,3 \times 0,4$ см. Такой же разрыв обнаружен и в средней части левого. Червеобразный отросток утолщен, на верхушке — резкая гиперемия серозной оболочки. Аппендэктомия и ушивание обоих яичников.

Послеоперационный диагноз: двухсторонний разрыв яичников, острый катаральный аппендицит.

Послеоперационное течение гладкое. Выписана на 8-й день.

III. Б., 31 года, поступила 10/XI-55 г. на 3 день заболевания с диагнозом «острый аппендицит». Жалобы на боли в нижней части живота. Боли в нижней части живота и тошнота появились внезапно. Через сутки боли локализовались в правой подвздошной области. Имела задержку менструаций на 23 дня. Последняя менструация 15/IX. Было 3 срочных родов.

Состояние удовлетворительное. Пульс — 84, ритмичный, среднего наполнения, температура — 37,4°. Живот умеренно вздут, мягкий, в акте дыхания участвует, болезненный в нижней половине. Слабо положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Л. — 8800, п. — 9%, с. — 62%, л. — 23%, м. — 6%, РОЭ — 8 мм/час.

Шейка цилиндрическая, эластичная, наружный зев незначительно открыт. Небольшие кровянистые выделения. Матка обычных размеров, безболезненная, подвижна. Своды укорочены. Правая труба увеличена, мягковата, болезненна, слева не определяется.

Диагноз: правосторонняя трубная беременность. Лапаротомия. В брюшной полости умеренное количество жидкой крови и сгустков. Матка увеличена до 6—8 недель беременности, правая труба увеличена, отечна, из фимбриального конца выделяется кровь со сгустками, в средней ее части пальпируется плодное яйцо. Левая труба также увеличена, отечна, гиперемирована, в просвете ее — кровь (гематосальпинкс). Оба яичника кистозно изменены, увеличены. На поверхности правого яичника в верхнем его полюсе разрыв $0,5 \times 0,3$ см, на поверхности левого яичника разрыв длиной 0,4 см. Червеобразный отросток гиперемирован, отечен.

Произведены двухсторонняя тубэктомия, резекция обоих яичников с последующим ушиванием, аппендэктомия.

Послеоперационный диагноз: правосторонняя трубная беременность, двухсторонний разрыв яичника, левосторонний гематосальпинкс.

Гистологически в отростке склероз подслизистого слоя, очаговая атрофия стенки; в брыжейке — явления острого воспаления. В правой трубе среди кровянистых сгустков обнаружены ворсы хориона, в стенках левой — явления выраженного расстройства кровообращения. В яичниках кровоизлияния в истинное желтое тело.

Послеоперационное течение гладкое. Выписана на 11-й день.

IV. И., 20 лет, поступила 4/XI-57 г. в день заболевания с диагнозом «острый аппендицит». Жалобы на боли в животе схваткообразного характера. Острые боли в животе возникли внезапно. Больная — девственница. Менструальный цикл правильный.

Общее состояние удовлетворительное. Видимые слизистые и кожные покровы обычной окраски. Пульс — 78, ритмичный, среднего наполнения.

Живот мягкий, в акте дыхания участвует. Резкая болезненность в правой подвздошной области и положительный симптом Щеткина — Блюмберга, температура — 36,7°.

Л. — 10500, э. — 1%, п. — 8%, с. — 78%, л. — 11%, м. — 2%, РОЭ — 3 мм/час.

Заключение: клиническая картина острого аппендицита.

Лапаротомия. В брюшной полости жидкая кровь и сгустки. Матка нормального размера, трубы не изменены. Оба яичника увеличены, кистозно изменены. В среднем отделе правого яичника имеется разрыв длиной 0,5 см, у верхнего края левого яичника — разрыв 0,3 см в диаметре. Произведена двухсторонняя частичная резекция яичников.

Червеобразный отросток деформирован, располагается ретроцекально, в спаиках. Обычная аппендэктомия.

Послеоперационный диагноз: двухсторонний разрыв яичников, хронический аппендицит.

Гистологически в резецированной ткани яичника обнаружена киста желтого тела с кровоизлиянием в нее, в отростке — резкий склероз и липонидоз подслизистого слоя.

Послеоперационное течение гладкое. Выписана на 9-й день.

Поступила 17 февраля 1960 г.

ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫЙ СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО У ДЕВОЧКИ

Н. А. Гафарова

Детское отделение Республиканской клинической больницы МЗ ТАССР

(главврач — Ш. В. Бикчурин)

14/VII-60 г. была доставлена на консультацию девочка М., 12 лет.

Родилась в срок, третьим ребенком от здоровых родителей. Вес при рождении — 2800 г. Зубы прорезались в 6 мес., сидела с 9 мес., начала ходить с 1,5 лет.

Девочка росла худеньким ребенком и в четырехлетнем возрасте заметно отставала от сверстников в физическом и общем развитии. В связи с этим в семи- и десятилетнем возрасте родители обращались к врачам, которые не обнаружили патологии развития. В восьмилетнем возрасте перенесла скарлатину и дифтерию. По словам родителей, девочка очень спокойная, инертная, мало общается с окружающими, учится в III классе с трудом. Остальные дети в семье развивались нормально.

Общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Вес — 20,3 кг, рост стоя — 114 см, сидя — 61,5 см, окружность головы — 50 см, окружность груди — 63 см. Длина верхних конечностей — 50,5 см. Шея короткая. От краев затылочной кости к плечам по обеим сторонам укороченной шеи тянутся большие складки кожи, придающие лицу больной выражение сфинкса. На голове много волос, они густо обрастают сзади шею, спускаясь почти до спины. Ушные раковины деформированы, очень малы. Пальцы на ногах и руках необычно короткие, за исключением большого, указательного и среднего пальцев; неправильной формы, утолщены. Кожные покровы чистые, эластичные. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Тонус мышц не понижен. Высокое твердое небо, есть кариозные зубы.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.

АД — 85/55. Пульс — 86—89, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Язык не обложен, зев чист. Миндалины увеличены, рыхлые, не гиперемированы. Печень и селезенка не увеличены. Мочепускание и акт дефекации не нарушены. Наружные половые органы соответствуют таковым у 6—8-летнего ребенка. Вторичные половые признаки отсутствуют. Растительности на туловище совершенно нет, грудные железы не прощупываются.

Температура нормальная. Туберкулиновые пробы отрицательные. RW отрицательная.

Гемоглобин — 11,2 г% — 67 ед., Э. — 4 210 000. Л. — 8 750, п. — 1%, с. — 66%, э. — 5%, л. — 16%, м. — 12%. РОЭ — 15 мм/час. Сахар крови — 86 мг%.

Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, белка — следы. Реакция кислая. Уд. вес. — 1020. В осадке клетки плоского эпителия, 4—5 в поле зрения. Лейкоциты — 7—10, эритроциты — 2—3.

В кале яйца глист не обнаружены.

Рентгеноскопия грудной клетки: легкие и сердце в норме.

Рентгенография черепа в двух проекциях: костных изменений со стороны свода и основания нет.

Турецкое седло формы круга с четким контуром дна и спинки, нормальных размеров.

Рентгенография верхних конечностей. Костных изменений со стороны локтевых суставов нет. Кости кистей слегка псрозны, ядра окостенения в пределах возрастной нормы, 4 и 5 карпальные кости укорочены, особенно слева. Структура костей не изменена.

На основании описанной клинической картины и дополнительных исследований нами сделан вывод, что мы имеем дело с новым эндокринным синдромом, в котором, наряду с эндокринопатией (гипофизарный субанизм и гипоплазия полового аппарата), имеются закономерно выраженные пороки развития (шейные складки, короткость шеи, высокое твердое небо, необычный рост волос на шее, деформация ушных раковин и пальцев рук и ног и др.), которые являются выражением сложного