

А., 67 лет, поступил в хирургическое отделение областной больницы 7/VIII 1968 г. в 15 час. 20 мин. с жалобами на сильные боли в животе, появившиеся 21 час назад после умеренной физической нагрузки. Они сопровождались тошнотой и однократной рвотой. Больной страдает хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией, по поводу которого периодически лечится амбулаторно.

Пульс 108, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 135/80. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Брюшная стенка не принимает участия в дыхании, напряжена, болезненна на всем протяжении. Симптом Щеткина — Блюмберга положителен. Стул был 2 суток назад, отхождение газов затруднено. Моченспускание нормально. При рентгеноскопии брюшной полости определяется газ под обоими куполами диафрагмы. Диагноз при поступлении: язвенная болезнь желудка; перфорация язвы.

В 16 час. 20 мин. под комбинированным общим обезболиванием закистью азота с эфиром с применением миорелаксантов произведена верхняя срединная лапаротомия (Б. А. Сквозников). Выраженные явления перитонита. Желудок и двенадцатиперстная кишка атоничны. Язвы нет. Разрез продлен книзу. В дистальном отделе тонкой кишки (45—50 см от слепой кишки) обнаружено отверстие диаметром 0,4 см с ровными краями. Инфильтрата нет. Стенка кишки вокруг отверстия со стороны серозной оболочки не отличается от других участков тонкого кишечника. Отверстие ничем не прикрыто, и из него свободно изливается кишечное содержимое. Перфорация ушита. Сделаны две контрапертуры в подвздошной области. Вставлены дренажи и трубки для введения антибиотиков. На 6-е сутки удалены дренажи, на 12-й день сняты швы. Больной выписан на 22-е сутки после операции при вполне удовлетворительном состоянии и полном заживлении раны.

Второму больному, 56 лет, также произведено ушивание перфоративной язвы при почти идентичной ее локализации. Больной выписан для амбулаторного наблюдения при вполне удовлетворительном состоянии.

УДК 616.34—007.43—616—089.844

И. И. Захаров и Л. И. Кутявин (Ижевск). Закрытие грыжевых ворот при больших послеоперационных вентральных грыжах путем мобилизации местных тканей

Реконструктивные операции брюшной стенки при больших послеоперационных грыжах представляют для хирурга значительные затруднения.

Мы применяем следующую модификацию пластики грыжевых ворот путем мобилизации местных тканей.

Производим окаймляющий разрез у основания грыжевого выпячивания в пределах здоровой кожи. Поскольку при наличии грыжи по белой линии выше и ниже ее всегда определяется диастаз прямых мышц, операционный разрез должен распространяться выше и ниже грыжевого выпячивания. Выделяем края грыжевых ворот и у основания грыжевого мешка в наиболее истонченном месте, где нет припаянных органов, вскрываем брюшную полость. Под контролем введенного в рану пальца отсекаем грыжевой мешок вместе с кожным рубцом общей массой. Если имеются спайки между петлями кишок и передней брюшной стенкой, разъединяем их. Край кожной раны с подкожной клетчаткой отсепаровываем в обе стороны на 3—3,5 см. Затем иссекаем рубцовые края грыжевых ворот. Производим надраз апоневроза в продольном направлении с обеих сторон по длине операционной раны и обнажаем медиальные края прямых мышц. При наличии рубцово измененных краев мышц последние также иссекаем. Для сближения краев дефекта применяем стягивающие швы на марлевых валиках, при помощи которых удается стянуть значительные дефекты (шириной до 18 см), а затем зашить их без натяжения, поскольку сила натяжения приходится на область наложенных стягивающих швов. Марлевые валики предупреждают прорезывание швов.

Техника наложения стягивающих швов такова. Двойной толстый шелк с марлевым валиком на конце проводят на расстоянии 3—3,5 см от края дефекта через все слои брюшной стенки (апоневроз, мышцы, брюшину) на противоположный край через те же слои. Вкол иглы на противоположном крае дефекта делают со стороны париетальной брюшины. Край раны сближают до полного их соприкосновения и шелковые нити завязывают над таким же валиком. Такие стягивающие швы накладывают по длине дефекта через каждые 4—5 см. Размеры марлевых валиков должны быть 1,5—2 см в диаметре и 3—4 см в длину. Обычно их готовят из марлевых салфеток, которые применяются во время операции. После сближения края дефекта сшивают узловатыми шелковыми швами, захватывая все слои брюшной стенки, кроме кожи, без всякого натяжения. Затем стягивающие швы снимают. Для лучшего соприкосновения краев раны дополнительно накладывают промежуточные швы на апоневроз. Операцию завершает гемостаз, швы на кожу, асептическая повязка на рану. Сверх повязки делают тугое бинтование живота при помощи широкого бинта или полотенца. После операции больному придают полусидячее положение. Кожные швы снимают на 12—13-е сутки. Больному рекомендуют ношение мягкой повязки (бандажа) в течение 4—5 месяцев.

Мы прооперировали таким образом 28 мужчин и 37 женщин. Грыжи образовались после верхней срединной лапаротомии у 22 больных, нижней срединной — у 14, аппендэктомии — у 25, холецистэктомии — у 4. Размеры грыжевых дефектов колебались от 12×6 до 25×18 см. Ближайший послеоперационный период протекал без особых осложнений. В отдаленные сроки от 6 месяцев до 5 лет рецидивов нет.

УДК 616.61—007

В. Е. Кузьмина (Москва). Подковообразная почка, симулирующая опухоль брюшной полости

И., 40 лет, поступил 7/V 1968 г. по поводу опухоли брюшной полости.

Жалуется на боли в животе постоянного характера, временами усиливающиеся. Больным себя считает 10 лет, когда впервые возникли боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи. Постепенно боли распространились по всему животу, выше и ниже пупка, в поясничной области справа и слева, усиливались при движении, физическом напряжении, тугом затягивании ремня. Затем появилась тошнота, отрыжка пищей, рвота, запоры. Многократно подвергался обследованию в стационарах.

В 1965 г. у него в эпигастральной области обнаружено плотное образование. Заподозрена опухоль желудка. При рентгенологическом обследовании рак желудка был исключен.

Больной бледен, подкожножировой слой слабо развит. Легкие без особенностей. Границы сердца не изменены, тоны усилены, на верхушке неясный систолический шум. Пульс 74. АД 105/70. Брюшная стенка мягка, податлива. Печень не прощупывается. Выше пупка в эпигастрии определяется поперечно расположенное плотное образование. Общий анализ мочи и крови не выявил отклонений от нормы. Диастаза мочи и крови в пределах нормы.

На обзорном рентгеновском снимке виден полукруглый контур плотного тела на уровне 4-го поясничного позвонка. При пневморетроперитонеуме отчетливо определяется подковообразная форма этого тела, верхние края которого справа достигают 12-го ребра. Продольная ось почек образует тупой угол, открытый вверх. В вертикальном положении нижний контур подковообразного тела проецируется на подвздошные кости.

При внутривенной урографии видны удлинненные, несколько расширенные бокалы, направленные в медиальную и латеральную стороны (соответствуют справа 2—3-му поясничным позвонкам, слева 1—3-му позвонкам). Нижние чашечки правой и левой почек расположены друг от друга ближе, чем верхние. Мочеточники отходят от латерального края. В боковом положении виден перегиб мочеточника через перешеек.

Все эти изменения характерны для подковообразной почки, которая представляет собою симметричное сращение двух дистопированных почек. В 90% почки срастаются нижними полюсами, как наблюдалось и у нашего больного.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что выраженные субъективные симптомы (разнообразие жалоб и локализации болей) не соответствуют объективным данным.

При пальпируемом плотном образовании в эпигастральной области получены негативные рентгенологические показатели со стороны желудочно-кишечного тракта. При таком несоответствии субъективных и объективных симптомов следует помнить о возможности аномалии почек, в частности о подковообразной почке. Подковообразная почка, по данным общих хирургических стационаров, является редким заболеванием. В урологических стационарах одна подковообразная почка приходится на 125 заболеваний почек. По материалам патологоанатомов одна подковообразная почка встречается на 700 аутопсий.

Оперативное вмешательство при нормально функционирующей подковообразной почке проводится редко, показания к операции ставятся только при выраженном болевом синдроме. Операция заключается или в пересечении перешейка, или в нефрэктомии (при патологической подвижности).

В данном случае вопрос об оперативном вмешательстве может возникнуть только при нарастании болевых симптомов и нарушении трудоспособности.

УДК 616.513—616.523—616.8

Л. П. Болдырев (Астрахань). Патология нервной системы при опоясывающем лишае

Нами неврологически обследованы 91 мужчина и 144 женщины, больные опоясывающим лишаем. 123 из них лечились амбулаторно, 112 — стационарно. Заболевание отмечалось у лиц всех возрастов (от 3 до 90 лет), но большинство больных было старше 50 лет. Зимой заболело 78 чел., осенью — 72, весной — 56, летом — 29.

У 11,6% больных заболевание предшествовало охлаждение, у 6,4% — «грипп». У отдельных больных опоясывающий лишай возник при тяжелых заболеваниях: хроническом миелоидном лейкозе (у 1), метастазе рака в позвоночник (у 2), полипозе желудка (у 1), мышьяковом полиневрите (у 1), хроническом холецистите (у 2). Деформирующий спондилез, остеохондроз были отмечены у 13,6% больных.

Опоясывающий лишай является сравнительно распространенным и полисезонным заболеванием.