

Отдел III. Из практики.

Случай актиномикоза брюшной полости, симулировавший воспалительную опухоль слепой кишки.

В. Г. Потапов (Байдары — Крым АССР).

Мевлют З., 40 лет, татарин-колхозник, обратился в последних числах мая 1931 г. в Байдарскую больницу с жалобами на опухоль в правой половине живота, поносы, общую слабость и исхудание. 3 года тому назад подвергся операции в 1 сов. б-це г. Севастополя по поводу аппендицита. Перед операцией 11/2 м-ца пролежал с инфильтратом, очень медленно рассасывающимся. 2/VI 1928 г. операция: „По вскрытии брюшной полости обнаружены большие сращения в области appendix'a. В сращениях было немного гноя. Уплотненный appendix удален после перевязки. Вставлены тампоны и рана сужена несколькими послойными швами“. 5/VII выписан: Рана вскоре совершенно зажила и 6-ной до февраля 1931 г. чувствовал себя вполне здоровым и работоспособным. М-ца 2 тому назад больной впервые заметил в области операционного рубца, в глубине, плотную опухоль, безболезненную, не причинявшую никаких расстройств. Опухоль медленно росла, оставаясь совершенно безболезненной. Около м-ца, как 6-ной начал отмечать появляющуюся слабость и быстро нараставшее исхудание, что собственно и заставило его обратиться к врачебной помощи. Недели две тому назад появился понос 2-3-5 раз в сутки. Не пьет, не курит. Женат. Венерические б-ни отрицает. *Объективно:* 6-ной высокого роста, правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Со стороны органов грудной полости уклонений от Н не отмечается. При осмотре живота бросается в глаза косой идущий, звездчатый послеоперационный рубец в правой подвздошной области, длиной 10—12 см. Рубец мало-подвижный, местами спаян с глубже лежащими тканями. Тут же в области рубца, при ощупывании, определяется в глубине очень плотная, почти неподвижная, безболезненная опухоль. Верхняя граница опухоли на два попер. пальца не доходит до уровня пупка, внутренняя—на один палец до средней линии, наружная, неясно выраженная, сливается в глубине с подвздошной костью. При перкуссии над опухолью приглушенный звук. Введенным рет гестим пальцем границ опухоли определить не удается. За несколько дней пребывания в больнице до операции, 6-ной давал по вечерам незначительные подъемы t° — (37,4 — 37,6). Понос после закрепляющих средств прекратился. В моче — следы белка, лейкоциты 5—8 в п/зр. Кровь: Нв 65%. Эр. 3.200.000, лейкоц. 8.125.

7/VI операция: под общим эфирным наркозом двумя сходящимися разрезами очерчен послеоперационный кожный рубец и иссечен. Глубже лежащие ткани оказались сплошь рубцовые перерожденными (предыдущая операция!) Войти в брюшную полость не удалось. На глубине 4—5 см обнаружено незначительное количество густого, крошковатого гноя без запаха и плотный конкремент (каловый камень?) 1 X 0,5 см. размерами. Камень удален. В имевшуюся полость введен марлевый тампон. Разрез частично зашит. *Диагноз:* Воспалительная опухоль слепой кишки.

Послеоперационный период протекал в первое время гладко. Опухоль „таяла“ прямо на глазах, под влиянием энергично применявшегося тепла и через 3 недели исчезла совершенно. 6-ной значительно оправился и окреп. 5/VII ввиду наличия незаживающего свища — выскабливание грануляций острой ложкой. 18/VII свищ закрылся и 6-ной выписался. 5/IX обратился вновь по поводу незначительного гнойного отделяемого из опять открывшегося свища. Повторная чистка свищевого хода. 5/XII вновь явился с жалобами на незаживающий свищ. 6-ной снова начал худеть и чувствовать слабость; всю осеннюю уборочную кампанию много работал на табаке. Взято на исследование свищевое отделяемое и в мазке под микроскопом обнаружены друзы актиномикоза. 6-ному назначен внутрь KI и подкожно мышьяк. Несмотря на все уговоры остаться

в б-це для наблюдения, б-ной уехал к себе в деревню, дав обещание делать уколы и брать лекарство в соседнем врачебном пункте. 15/III 1932 г. б-ной привезен в следующем состоянии: Значительное исхудание и бледность. Свищ не зажил. Вдоль гребня подвздошной кости прощупывается плотный инфильтрат, идущий в глубину и кверху к правому подреберью. Поясничная область справа представляется выбухшей и деревянистой плотности. Под общим наркозом множественные разрезы в поясничной области, над гребнем подвздошной кости, заходящие книзу и впереди на живот. Из глубины получено незначительное количество густого желтоватого гноя, содержащего под микроскопом друзы. Йодистый калий, мышьяк. Б-ной направлен для рентген-терапии в Севастополь, но, по имеющимся позднейшим сведениям, туда не попал и к лету погиб.

Актиномикоз брюшной полости и, в частности, илеоцекальной области встречается довольно часто. Литература по указанному вопросу достаточно богата. И все же ранняя диагностика актиномикоза, особенно брюшной полости, оставляет желать еще много лучшего. Наличие инфильтрата в правой подвздошной области в огромном большинстве случаев направляет мысль хирурга по определенному руслу — в сторону аппендикулярного происхождения последнего. Только последующее течение болезни, приобретающее характерные для актиномикоза особенности, обычно, уже слишком поздно для б-ного выявляет истинную причину заболевания. Поводов для диагностических ошибок может быть чрезвычайно много и приводимая нами история болезни является одним из ярких тому примеров.

Находившийся под нашим наблюдением случай представляет интерес, во-первых, в том отношении, что после первой операции аппендэктомии (1928 г.) клинически наступило длительное излечение. Б-ной стал вполне работоспособным и в течение 3-х лет не испытывал никаких неприятных ощущений. Начавшийся первично в червеобразном отростке процесс распространился довольно быстро по окружности, вызвав образование инфильтрата. Немаловажную роль сыграла, повидному, и происшедшая тогда же перфорация отростка каловым камнем. Произведенная аппендэктомия повела к быстрому затиханию процесса. Наступил светлый трехлетний промежуток. Длительность подобного рода интервала — стадий затихания процесса — исчисляется неделями или месяцами (Дукс, Меттсон, Зацепин), но описаны редкие случаи (Boyksen, Christ), где указанный период продолжался годами.

Относительно немолодой возраст б-ного, плотность опухоли, а также быстрый рост ее, заставляли нас, когда мы впервые увидели б-го, при беглом начальном осмотре, заподозрить злокачественное новообразование. Более подробное наблюдение и исследование, совокупность таких данных, как субфебрильная t° , полная несмещаемость опухоли, а, главное, перенесенная аппендэктомия, склонили первоначальный диагноз в сторону т. наз. „воспалительной“ опухоли. Просмотр накопившейся за последние годы обширной литературы по „воспалительным“ опухолям, дает совершенно ясные указания на то, что огромное большинство последних возникает на почве перенесенного аппендицита или аппендэктомии (Ростовцев, Чайка, Körte, Захаренко и др.). Под этим предположительным диагнозом б-ной и был взят на операционный стол. Незначительное количество гноя и находка явородного тела калового камня укрепили нас в правильности нашего диагноза. Особенное значение придали мы каловому камню, сыгравшему, по нашему мнению, роль инфекционного начала и вызвавшему вокруг себя гипертрофический воспалительный

процессе с развитием рубцовой ткани. Ряд авторов (Вгапп, Волкович, Немиллов, Булашев и др.) указывают на инородные тела — лигатуры, как на первопричину развития воспалительных опухолей. Уверенность в воспалительном характере опухоли была настолько велика, что нами не был взят для бактериоскопического исследования мазок из гноя, что и было, конечно, нашей главной ошибкой. Бывшая до операции мысль о возможности актиномикоза совершенно исчезла с находкой калового камня. Послеоперационное течение в первое время также не оставляло желать ничего лучшего. Инфильтрат быстро шел на убыль и вскоре исчез совершенно. Остался только свищ с незначительным количеством гнойного отделяемого, то закрывавшийся, то открывавшийся. Б-ной повраился, прибавил в весе и выписался чрезвычайно довольный результатом операции. Доволен остался и хирург. Казалось все оправдывало и диагноз и метод лечения. Одно только незначительное, казалось бы, обстоятельство несколько омрачало картину — это свищ. Повторные выскабливания свища не дали положительных результатов и, в конце концов, столь стойкое, упорное незаживление свища, а также наметившееся вновь ухудшение общего состояния б-ного, заставило нас, при одном из повторных посещений, произвести переоценку всех диагностических данных и прийти, наконец, к правильному предположению, подтвердившемуся находкой друз.

Целью нашего краткого сообщения было показать на примере насколько трудно, порой почти невозможно, отличить воспалительную опухоль от актиномикоза, на что указывают многие авторы. Особенности затруднения встретились в нашем случае, где актиномикоз маскировался такими единственно характерными для воспалительной опухоли признаками, как перенесенная ранее аппендэктомия и нахождение на разрезе опухоли инородного тела.
