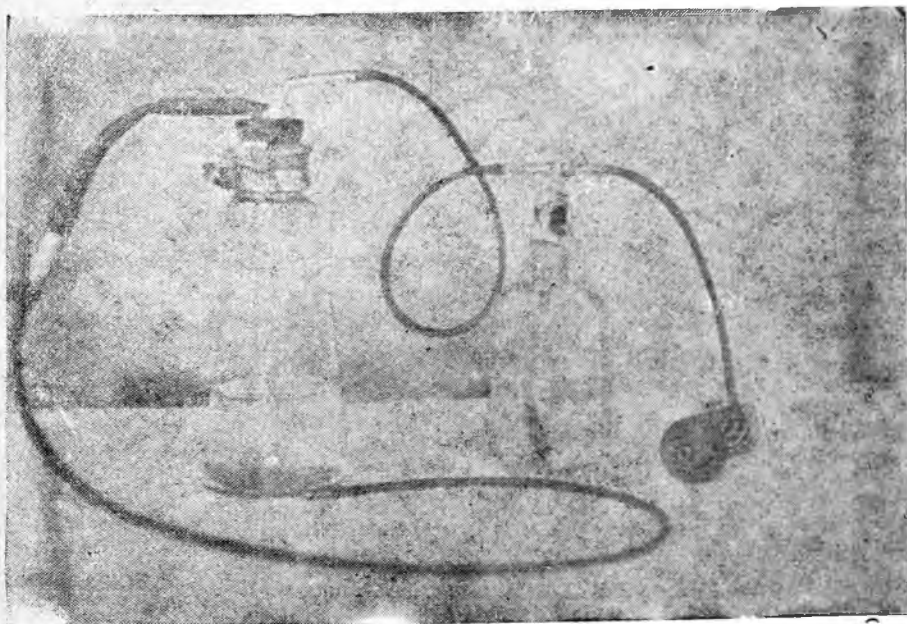


Для избежания этого недостатка можно пользоваться двумя аппаратами Потэна, также соединенными в систему сообщающихся сосудов. Резиновые пробки с кранами



прикрепляются к горлу склянок проволокой. Этот аппарат не должен быть использован для откачивания экссудата, его объем не должен быть более 1000 см³, чтобы быть портативным в переноске.

Иглу мы употребляем пневмотораксную, платиновую 0,5 мм в диаметре; игла прокаливается на пламени спиртовки.

Поступила 2. IX. 1939.

Доц. Г. И. СЕГАЛЬ и военврач 3-го ранга Г. А. РУСАНОВ

К вопросу о флегмоне желудка и кишечника

Из хирургического отделения 1-й Борисовской (БССР) сов. больницы (зав. отделением доц. Г. И. Сегаль) и Борисовского военного госпиталя (нач. госпиталя военврач 2-го ранга И. С. Моисеев)

Манькин в своей монографии „Флегмона желудка“, на основании литературного материала и своих 11 случаев флегмоны желудка и кишок, указывает, что флегмона желудка и особенно кишечника встречается сравнительно редко. Автор приходит к заключению, что это заболевание до настоящего времени мало изучено и „каждый сообщенный случай обогащает опыт клинициста и патолого-анатома и указывает пути для понимания патогенеза этого тяжелого заболевания“.

В последние годы в нашей советской литературе опубликованы единичные случаи флегмоны желудка и кишок: Крестовский (1934)—1 случай, Калужский (1935)—2, Байдер (1936)—1, Соркина (1936)—2, Лемберг (1937)—1, Берилло (1938)—1 случай.

В хирургическом отделении 1-й Борисовской сов. больницы и Борисовском военном госпитале за 11 лет нам пришлось встретиться с одним случаем флегмоны толстых кишок и с одним случаем флегмоны желудка.

1. В первом случае дело касалось больного, 51 года, переведенного из терапевтического отделения по поводу частичной непроходимости на почве рака толстого кишечника.

Считает себя больным последние полтора месяца. За это время появились постепенно боли в животе без определенной локализации. Боли имеют схваткообразный характер, сопровождаются вздутием живота. При этом в подложечной области прощупывается какое-то затвердение. При появлении урчания в животе—боли и вздутие живота сразу же становятся меньше. В последнее время страдает запорами, перемежающимися с жидким, характера овсяного супа, стулом. Частые тошноты. Рвоты не бывает. До описанного заболевания никаких диспептических явлений у себя не замечал.

При рентгеноскопии желудка 13/X особых уклонений от нормы не обнаружено: контуры желудка гладкие, обычный рельеф слизистой, глубокая шнуровая перистальтика, особенно в пилорической части. Bulbus duodeni правильной формы. Подвижность 12-перстной кишки несколько ограничена. Эвакуация протекает нормально.

Рентгеноскопия кишечника 21/X: контрастная масса, принятая 12 часов тому назад, заполняет слепую кишку, восходящую и частично поперечную ободочную кишку. Контур указанных отрезков кишечника смазан, подвижность этих отрезков резко ограничена. Справа толстые кишки вздуты. Через 24 часа положение контрастной массы такое же, как и вчера. Поперечная ободочная кишка опущена. Через 48 часов контрастная масса заполняет часть поперечной ободочной кишки, которая значительно опущена и расширена. Подвижность ее ограничена. Контрастная масса, введенная per rectum равномерно заполняет прямую кишку, S-образную, нисходящую и часть поперечной ободочной кишки. Подвижность селезеночного угла ограничена. По заключению рентгенолога препятствие находится в поперечной ободочной кишке.

Кровь 22/X: гемоглобин—60%, эритроцитов—4090000, лейкоцитов—5200; с.—60, л.—29, м.—11. РОЭ—12 м/м в час. Моча без отклонения от нормы. Температура субфебрильная. Предположительный диагноз—рак поперечной ободочной кишки.

С 16/XI состояние больного резко ухудшилось: усилились боли в животе, появилось постепенно нарастающее напряжение брюшной стенки, главным образом в верхней половине живота. С 17/XI появилась икота, частые рвоты. Температура—38,1°. Кровь 16/XI: РОЭ—46 м/м в 1 час. лейкоцитов—10800; п.—36, с.—37, л.—19, м.—8.

Передито 400 см³ консервированной крови первой группы, после чего произведена лапаротомия. Срединный разрез выше и ниже пупка. По вскрытии брюшины из брюшной полости вылилось большое количество зеленовато-желтой жидкости. Кишки покрыты фибринозно-гнойными наложениями, особенно обильными в области поперечной кишки. У середины поперечной ободочной кишки, несколько ближе к печеночному углу, прощупывается плотная бугристая опухоль, кольцеобразно расположенная в стенке кишки и значительно суживающая ее просвет. На всем протяжении от опухоли до печеночного угла кишка резко увеличена в объеме, местами гиперемирована, местами имеет желто-зеленый цвет, haustra ее сглажены, стенка утолщена, диффузно инфильтрирована. По снятии фибринозно-гнойных наложений, из-под нарушенного серозного покрова при надавливании выделяется гной. Брыжейка кишки в этом участке также резко утолщена, отечна, сосуды ее инъецированы, местами же на нее со стороны кишки распространяется в виде языков гнойная инфильтрация. Гной из брюшной полости по возможности удален салфетками. Ввиду падения сердечной деятельности во время операции и безнадежности данного случая операция прекращена, живот зашит наглухо. Больной умер.

2. Больной Б., 23 лет, поступил в Борисовский военный госпиталь 23/XI 1937 г. на 8-й день заболевания.

Заболевание началось внезапно. Ночью почувствовал сильный озноб и боли в подреберьях, а затем жар. В течение следующих дней приступы озноба несколько раз повторялись, сопровождаясь подъемами температуры до 39°. Боли локализовались главным образом в левом подреберьи. Лечился при части от малярии.

При поступлении в госпиталь—сильные боли в левом подреберьи и в подложечной области без тошноты и других диспептических явлений. Температура 40,3°, пульс 132 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. В легких рассеянные сухие хрипы. Живот не напряжен. При пальпации значительная болезненность в подложечной области и главным образом в левом подреберьи. Прощупать селезенку не удастся. Кровь: лейкоцитов—11900; п.—14, с.—73, л.—8, м.—5. Плазмиди малярии не обнаружены. Назначен серноокислый хинин по 0,25 пять раз в день и сердечные.

24/XI—температура утром 38° и вечером 39,8°. 25/XI—температура утром 39,2° и вечером—37,7°. Пульс мягковат. В остальном объективные данные и жалобы без заметных изменений. Стул нормальный, 1 раз в сутки. Моча—насыщенно-желтого цвета, щелочной реакции, с хлопьевидным осадком. Удельный вес—1.030. Белка—0,23%/₀₀. Эритроцитов—1—2, лейкоцитов—5—8 в поле зрения. Слизь в небольшом количестве. Большое количество трипельфосфатов.

К концу дни 25/XI появилась болезненность при пальпации по всему животу. Живот не вздут, не напряжен. Язык обложен. Общее состояние тяжелое. К ночи 25/XI

временами незначительная тошнота. Живот болезнен при пальпации главным образом внизу и особенно в правой подвздошной области, не вздут, но напряжен, особенно в правом нижнем квадранте. Симптом Блюмберга—нерезко выраженный по всему животу, главным образом справа. Предположительный диагноз—ограничивающийся перитонит на почве прободной язвы желудка. Хинин отменен. Холод на живот. Физиологический раствор под кожу. Камфора по 2 см. каждые 4 часа.

26/XI—утром температура 38,7°, вечером—38,8°. Тошноты и рвоты ночью и утром не было. С утра учащенное мочеиспускание. Живот не вздут, резко болезнен при пальпации во всей нижней его половине, особенно справа. В верхней половине живота напряжения почти нет. Внизу напряжение брюшной стенки значительное. Пульс—120 ударов в 1 минуту удовлетворительного наполнения. Дыхание учащено. По правой подмышечной линии внизу выслушивается шум трения плевры. Назначения те же.

27/XI—боли в животе усилились без определенной локализации. Симптом Блюмберга значительно выражен по всему животу. Появились сильные боли в правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Температура утром—38,5°, пульс—126 в 1 минуту, мягковат.

Живот напряжен больше справа. В обоих легких сухие хрипы. Шум трения плевры внизу по правой подмышечной линии. К 14 часам живот резко напряжен, несколько вздут и болезнен, особенно в подложечной и обеих подвздошных областях, пульс—150 в 1 минуту, слабого наполнения. Цианоз лица. Дыхание затрудненное—50 в минуту. Язык сухой, малиновый, с незначительным буроватым налетом посередине.

Кровь: лейкоцитов—12200; п.—12, с.—76, л.—7, м.—5. При пункции паранефрии справа, гноя не получено. Ввиду нарастающих явлений общего перитонита решено оперировать. Операция (Г. И. Сегаль) в 16 часов. Разрез по срединной линии от мечевидного отростка до пупка. По вскрытии брюшной полости вылилось значительное количество гноя желто-зеленого цвета. Кишки несколько вздуты, гиперемированы, местами спаяны между собою и покрыты обильными фибринозными наложениями.

Желудок—резко увеличен в размерах, гиперемирован, стенки его на всем протяжении утолщены, особенно в области малой кривизны. Отсюда к большой кривизне направляются просвечивающие сквозь мутноватый серозный покров желтоватые полосы в форме языков пламени. В области малой кривизны и частично на передней стенке желудка имеются гнойно-фибринозные наложения. Из надразов серозного покрова при надавливании выделяется гной.

После частичного удаления гноя из брюшной полости к желудку подведены тампоны, и брюшина стенка кроме верхнего угла раны зашита наглуха. Перелито 400 см³ консервированной крови первой группы. Камфора и кофеин под кожу.

Через 7 часов после операции, на 12 день заболевания, смерть при явлениях нарастающего упадка сердечной деятельности. На вскрытии обнаружен значительно увеличенный в объеме желудок с утолщенными стенками. В области малой кривизны стенка достигает толщины около 2 см. Слизистая желудка отечна, местами гиперемирована. Складки ее сглажены, в пилорической же части утолщены. Из разрезов стенки выдавливается обильно гной на всем протяжении желудка за исключением участков его возле *cardia* и *pylorus'a*. Наиболее выражен диффузная гнойная инфильтрация стенки в области малой кривизны. В области большой кривизны и задней стенки гной выдавливается в небольшом количестве и только из подслизистого слоя. Пилорическая часть желудка, за исключением утолщения складок слизистой, изменений не представляет. Общий перитонит. Гнойных очагов ни в одном из других органов кроме желудка, на вскрытии не обнаружено.

Первый из приведенных случаев заслуживает особого внимания, так как в доступной нам советской литературе мы не нашли ни одного описания флегмоны толстого кишечника. Случай этот следует рассматривать, как вторичную флегмону стенки и брыжейки поперечной ободочной кишки, развившуюся на почве рака.

Второй случай представляет первичную флегмону желудка и интересен с точки зрения атипичного течения, особенно затруднившего прижизненную диагностику.

Из литературных данных видно, что даже типичные случаи флегмоны желудка прижизненно, до операции, диагностируются чрезвычайно редко и обычно заканчиваются смертью в первые же 10 дней заболевания.

Применявшаяся некоторыми авторами резекция желудка при ограниченной флегмоне его стенки в нашем случае не могла быть применена ввиду субтотального поражения желудка и общего тяжелого состояния больного.

Из приведенных случаев следует сделать вывод, что при дифференциальной диагностике острых заболеваний брюшной полости не нужно забывать также и о таких заболеваниях, как флегмона желудка и кишок.

Поступила 23.III.1939.