

3. Не следует пренебрегать ретроградной аппендектомией и демукозацией отростка в соответствующих случаях.

4. Оперирующий должен стремиться убрать „очаг опасности“, воспаленный червеобразный отросток.

5. От операции в стадии инфильтрата при затихании процесса необходимо безупрочно воздерживаться.

Якутск. ул. Дзержинского, корпус 3.

И. Е. МАЦУЕВ

Случай кисты брыжейки сигмовидной и нисходящей кишки

Из хир. отд. горбольницы г. Благовещенска на Амуре

Больная Т., 2 лет, поступила в хирургическое отделение Благовещенской горбольницы 2/VI-39 г. по поводу резкого увеличения живота. Родилась в срок, 3-м ребенком. Первый год после рождения живот был нормальной величины, а год тому назад живот начал постепенно увеличиваться. Как в начале заболевания, так и в последнее время увеличение живота не сопровождалось никаким расстройством со стороны желудочно-кишечного тракта и мочеотделения. Стул нормальный, ежедневно. Обильного стула не бывает. Девочка с рождения не ходит и не разговаривает. В 1938 г. перенесла корь. Последний год врачи определяли рахит. У родственников подобных заболеваний не было. Туберкулез и сифилис по линии отца и матери отрицается.

Объективные данные. Резкая атрофия мышечной системы. Активные движения рук и ног удовлетворительные. При поддержке за ручки стоит, но самостоятельно стоять не может. Имеются резко выраженные признаки рахита: лобные бугры, четки и т. д. Живот резко увеличен, вздут, мало болезнен при пальпации. Пальпацией определяется большая, с гладкой поверхностью, круглая опухоль, занимающая всю брюшную полость, при перкуссии определяется тупой звук во всех отделах живота. Тупость не изменяется при перемене положения тела. Длина всего тела—78 см; длина грудины—8 см; длина живота (от мечевидного отростка до лобка) 31 см; окружность грудной клетки 43 см; окружность живота 65 см. Пальцевым ректальным исследованием определяется в глубине большая гладкая опухоль. В сердце и легких перкуторно и аускультативно отклонений от нормы не найдено. Диагноз: киста яичника.

3.VI-1938 г. под эфирным наркозом операция (Мацуев). Разрез по средней линии живота в обход пупка. В брюшной полости небольшое количество жидкости соломенно-желтого цвета. К передней брюшной стенке прилегает круглая, с гладкой поверхностью, опухоль величиной с голову взрослого человека, занимающая всю брюшную полость. На передней поверхности опухоли расположена сигмовидная кишка. Между листками ее брыжейки расположена опухоль. Сейчас же выше первой кисты плотно к ней прилегает вторая киста вдвое меньшего размера, круглая, расположенная между листками брыжейки нисходящей кишки. Прилежащие друг к другу стенки кист плотно соединяются между собой. На передне-наружной поверхности второй кисты расположена нисходящая кишка. Левые наружные поверхности опухолей покрыты резко расширенными сосудами брыжейки. Попытки выделить большую кисту не увенчались успехом, так как довольно толстая ее стенка плотно соединена с окружающими тканями и при выделении разрываются сосуды брыжейки. Киста вскрыта по внутренней, лишенной сосудов, поверхности. Содержимое кисты—жидкость соломенно-желтого цвета, около 5 литров. Вторую кисту выделить не удалось по той же причине; стенка ее вскрыта, содержимое кисты—геморагическая жидкость (около 2 литров). Стенка второй кисты значительно тоньше, чем стенка первой кисты. Отверстия в кистах расширены. Кисты по возможности вывернуты и фиксированы кетгутowymi швами. К дну кист подшит сальник. Послойно зашита брюшная полость. Ввиду тяжелого состояния ребенка—сердечные под кожу, физиологический раствор под кожу. Через 3 часа после операции, при явлениях нарастающей сердечной слабости, больная умерла. Патолого-анатомическое вскрытие (д-р Иванова). В брюшной полости около 500 г геморагической жидкости.

После снятия швов найдены 2 полости с гладкими поверхностями, расположенные между листками брыжейки нисходящей и сигмовидной кишки. Киста, расположенная в брыжейке сигмовидной кишки с голову взрослого человека, а другая— вдвое меньше.

Брыжеечные кисты, судя по литературным данным, встречаются одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Брыжеечные кисты располагаются в преобладающем большинстве случаев в брыжейке среднего и нижнего отдела тонкого кишечника, хотя нередко встречаются и в брыжейке поперечно-ободочной кишки (Байдалов, Черепкин, Тартаковский). Зипунный описал случай эхинококковой кисты брыжейки аппендикса.

Наш случай кисты брыжейки сигмовидной и нисходящей кишки является редким по локализации. В отечественной литературе мы описания подобных случаев не нашли. Различное по характеру содержимое кисты, серозная жидкость в большой кисте и геморагическая жидкость в малой кисте, а также разность толщины стенок кист, вероятно, могут быть одним из признаков различной давности образования кист в нашем случае.

Дооперационный диагноз брыжеечных кист ставится чрезвычайно редко. Как видно из литературы, больные поступали на операцию с различными диагнозами: опухоль почки, киста яичника, болезнь Гиршпрунга, туберкулезный перитонит, илеус, аппендицит, а в ряде случаев брыжеечные кисты явились случайной находкой во время операций по другому поводу. По литературным данным рецидивов после удаления брыжеечных кист не бывает. Из осложнений следует отметить нагноение кисты, причем считается, что инфекция при нагноениях кист идет из просвета кишки. Давление кисты на стенку кишки может вызвать атрофию последней на месте давления и прободение стенки кишки с последующим истечением содержимого кисты в просвет кишки.

В 1929 г. в госп. хир. клинике Смол. мединститута я имел больного, 47 лет, с подвижной опухолью в правой подвздошной области, которая периодически исчезала, и в момент ее исчезновения в кале больного появлялись эхинококковые пузыри. Больной положен в клинику с опухолью, которая на следующий день исчезла, а больной показал нам испражнения с большим количеством эхинококковых пузырей. Больной выписался без операции. Ушибы, давления, неосторожная пальпация живота могут повести к разрыву брыжеечной кисты.

Черепнин описал случай разрыва кисты брыжейки поперечно-ободочной кишки при пальпации ее во время рентгенографии почки. Нередко больные поступают на операционный стол с явлениями острого живота.

Лечение брыжеечных кист оперативное. Из оперативных способов следует отметить: а) удаление кисты с последующим зашиванием отверстия в брыжейке, б) вскрытие полости кисты, дренирование или тампонада ее с вшиванием стенки кисты в брюшную рану, так наз. марсупиализация; в) удаление кисты с резекцией кишки.

Вельяминов предлагает вскрывать кисту и опускать ее в брюшную полость. Большинство авторов считает наилучшим способом лечения удаление кисты с последующим зашиванием отверстия в брыжейке или способ марсупиализации, при которых наблюдается наименьший процент смертности (по Филиппову 15,8%, по Холмскому 13%). При удалении кисты с резекцией кишки смертность достигает по Филиппову 42%, по Холмскому—33%.

Благовещенск-на-Амуре, 2-я гор. больница.

Б. Ф. СМЕТАНИН

Киста брыжейки тонкого кишечника

Из факультетской хир. клиники педиатрич. факультета (директор засл. деятель науки РСФСР проф. И. В. Домрачев) Казанского государственного медицинского института

Одним из интересных вопросов патологии брюшной полости является вопрос о брыжеечных кистах кишечника. Интерес к этому отделу патологии брюшной полости определяется: редкостью этого вида патологии, трудностью диагностики брыжеечных кист, неясностью их патогенеза в ряде случаев и значительной сложностью оперативных мероприятий при их лечении.

Из опухолей брыжейки кишок кистовидные являются самыми частыми. По статистике Ведин'a на кистовидные опухоли падает 78,8% и на плотные — 21,2%. Кисто-