

Произведено повторное выскабливание полости матки, назначены: пенициллин по 100000 ед. 4 раза в день внутримышечно, норсульфазол по 1,0 4 раза в день, 10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно и 40 мл 40% раствора глюкозы; 1 мл 5% раствора витамина В<sub>1</sub> подкожно, экстракт маточных рожек по 25 кап. 3 раза в день; свечи с опиумом; холод на низ живота

6/X T° 36,6°—37,4°. Состояние удовлетворительное. Жалуется на боли в животе. 7/X пульс — 80. T° — 36,2°—36,4°. Жалуется на боли в животе, больше в эпигастриальной области. Тошнота, рвота. Язык умеренно обложен, сухой. Живот несколько вздут, болезнен в нижнем отделе. АД 120/95.

8/X T° 37,2°. Пульс 90, ритмичный. Язык обложен, влажный. Живот несколько вздут, напряжен, в нижнем отделе резко положительный симптом Щеткина-Елломберга, в верхнем отделе боли схваткообразного характера. Задержка стула и газов.

Гем. — 56 ед., Л. — 7060, п. — 7%, с. — 68%, м. — 6%, л. — 20%, РОЭ — 61 мм/час.

Диагноз. Перфорация кишки (?). Перитонит. Кишечная непроходимость.

Назначены: двусторонняя поясничная новокаиновая блокада, пенициллин по 100000 ед. 4 раза в день внутримышечно, стрептомицин по 250000 ед. 2 раза в день. 10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно, физиологический раствор 1000 мл подкожно.

Улучшения не наступило.

9/X в 0 час. 40 мин. произведена лапаротомия под местной инфильтрационной анестезией и эфирно-масочным наркозом. В брюшной полости мутно-серозный выпот (около 600 мл). Тонкий кишечник резко вздут, переполнен жидким содержимым. На расстоянии 15 см от Баугиниевой заслонки подвздошная кишка ущемлена в кармане, сформированном у основания червеобразного отростка за счет спайки. На стенке кишки — участки кровоизлияния и фибрина. Освобожденная петля тонкого кишечника оказалась жизнеспособной. Червеобразный отросток припаян к корню своей брыжейки, резко напряжен, покрыт фибрином. Отросток ампутирован у основания. Гистологически установлен флегмонозный аппендицит.

Послеоперационный период протекал гладко, и 22/X больная выписана.

## ЗАБРЮШИННЫЕ ЛИПОМЫ, СИМУЛИРОВАВШИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

П. З. Гоголов

Сочинский роддом (главрач — А. М. Юхимец, консультант — канд. мед. наук П. С. Архангельский)

За последние четыре года на 186 больных, оперированных по поводу опухоли яичников, в момент операции мы дважды встретились с забрюшинными липомами, расположенными в малом тазу, симулировавшими опухоли яичников.

Редкость подобной патологии и побудила нас опубликовать наши наблюдения.

1. С., 35 лет, поступила для оперативного лечения 10/IX 1960 г. с диагнозом «опухоль левого яичника». Жалуется на постоянные боли внизу живота, больше слева, общую слабость. Больна около 8 месяцев. В течение последних четырех месяцев лечилась амбулаторно по поводу обострения хронического воспаления левых придатков матки (антибиотики, физиопроцедуры и др.).

Внутренние органы без особенностей.

Шейка матки цилиндрическая, зев закрыт, матка отклонена кпереди, несколько больше нормы, плотная, безболезненная. Справа придатки без особенностей. Слева определяется опухоль с мужской кулак, бугристая, плотная, ограниченная в подвижности, болезненная. Левый свод сглажен.

На операции обнаружена опухоль (12 × 10 × 10 см), расположенная между безмянной линией и овальным отверстием, занимающая левую половину малого таза. Опухоль удалена отдельными дольками. Гистологический диагноз — липома. Больная находилась под наблюдением в течение трех лет, патологии не выявлено.

2. В., 37 лет, поступила 21/1 1964 г. с диагнозом «опухоль обоих яичников». Жалуется на постоянные боли внизу живота, давление на задний проход, общую слабость и похудание. Больна с апреля 1963 г., когда впервые было установлено обострение хронического воспаления придатков матки. Лечилась амбулаторно в течение шести месяцев, дважды — в условиях стационара.

Внутренние органы без изменений.

Пальпируются опухоли с обеих сторон матки, плотные, бугристые, неподвижные, несколько болезненные, слева размером с мужской кулак, справа — с гусиное яйцо. Опухоли связаны с костями таза. Своды свободные и безболезненные.

На операции обнаружены забрюшинные опухоли, расположенные с обеих сторон, на границе перехода большого таза в малый, ближе к крестцу, фасолевидной формы. Заподозрена эктопия почек, которая при ревизии брюшной полости не подтвердилась, слева опухоль  $10 \times 10 \times 6$  см удалена целиком, справа —  $8 \times 6 \times 6$  см по частям. При гистологическом исследовании обе опухоли оказались липомами.

Через 8 месяцев после операции общее состояние удовлетворительное, органы малого таза без особенностей.

## ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА, ОСТАВЛЕННЫЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А. Ф. Попов

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института и хирургическое отделение 12 городской больницы (главврач — Г. М. Барышева)

В хирургической практике случайное оставление инородных тел в операционной ране — явление нечастое. Еще реже об этих ошибках сообщается в печати.

По С. М. Рубашеву и Н. И. Ижевскому, оставление инородных тел в брюшной полости встречается в 0,1% произведенных операций, а по данным других авторов — несколько чаще. Условиями, способствующими этому, являются: недостаточное обезбоживание, приводящее к беспокойному поведению больного и эквентрации кишечника, плохое освещение операционного поля, неправильное положение больного, неподходящий операционный доступ, недостаточная сосредоточенность хирурга и помощников, бессистемное проведение оперативного вмешательства.

Диагностика таких инородных тел, особенно при операциях на органах брюшной полости, представляет большие трудности. Нередко инородные тела приводят к развитию воспалительного процесса с повышением температуры, нагноением, образованием незаживающих гнойных свищей. При этом возможно развитие перитонита, кишечной непроходимости; инородное тело может инкапсулироваться и превратиться в кистовидное образование. В некоторых зарубежных клиниках для быстрой и точной диагностики забытых инородных тел в ранах и полостях в марлевые салфетки вплетаются очень тонкие и мягкие проволоки, легко выявляемые при рентгенологическом обследовании, это избавляет врача от затруднений и ошибок при распознавании таких инородных тел. Введение в практику рентгеноконтрастных марлевых салфеток фабричного изготовления было бы очень целесообразно.

Под нашим наблюдением находились 3 больных с инородными телами в брюшной полости, забытыми во время операций.

1. Х., 8 лет назад в одном из госпиталей г. Москвы был оперирован по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Произведено ушивание прободного отверстия. В течение года после операции самочувствие больного было вполне удовлетворительным. Затем появились боли в животе, а через два года больной заметил опухолевидное образование в левой половине живота. Выраженных диспептических явлений у больного не отмечалось, однако периодически температура повышалась до субфебрильной, наблюдалась общая слабость и боли в животе.

При пальпации левой половины живота на уровне пупка определяется округлое, гомогенное, безболезненное, несколько подвижное образование  $8 \times 6$  см.

Кровь и моча в норме. При рентгенокопии желудочно-кишечного тракта обнаружены рубцы в луковице двенадцатиперстной кишки. Опухоль вне тени желудка и кишечника. Диагноз: киста брыжейки тонкого кишечника.

Под местной инфльтрационной анестезией произведена срединная лапаротомия. После рассечения межкисечных сращений выявлено опухолевидное тело плотной консистенции, интимно спаянное с корнем брыжейки тонкого кишечника. «Опухоль» удалена. При рассечении ее капсулы выделилось незначительное количество серозно-гнойной жидкости и найдена большая брюшина марлевая салфетка.

2. У С., 35 лет, 30/У-58 г. произведена резекция желудка по поводу рака. Через 20 дней после операции выписана домой в удовлетворительном состоянии. Периодически отмечались боли в животе. Через 66 дней с момента операции больная в экстренном порядке доставлена с острой кишечной непроходимостью. Во время операции диагноз подтвердился. Произошла гангрена петли тонкого кишечника, ущемленного в кольце кровоостанавливающего зажима Кохера, который был забыт в брюшной полости при первой операции. Произведена резекция около 20 см кишечника с наложением соустья конец в конец. Выздоровление.

3. Н., 37 лет, 13/II-63 г. поступила с подозрением на рак. Произведена ампутация прямой кишки с образованием сакрального ануса. Лапаротомная рана зажила