

При распознавании непроходимости, вызванной ущемлением кишечника в паховой грыже, нередко возникают значительные трудности, обусловленные преобладанием постоянных болей в области грыжи над схваткообразными болями в животе. При наблюдении над такими больными мы обратили внимание на 2 симптома, не освещенные еще в печати.

Первый симптом — возникновение или усиление острой режущей боли в области грыжевых ворот во время поднятия вверх вытянутой ноги на стороне ущемления. Этот феномен мы объясняем тем, что при сокращении мышц, окружающих грыжевые ворота, сдавливается ущемленная кишка, что и вызывает появление или усиление болей. Колебание внутрибрюшного давления при этом также может вызывать усиление болей. Этот симптом оказался положительным у 109 из 139 обследованных больных (в 80,1%).

Второй симптом — кратковременное появление пульсирующей боли в области грыжевых ворот при кашле. Механизм его — тот же. Этот симптом оказался положительным из 137 обследованных у 112 (в 82,3%).

В. А. Сабурова (Казань). Воспалительные опухоли брюшной полости после грыжесечения

Воспалительные опухоли брюшной полости представляют значительный клинический интерес ввиду редкости и диагностических затруднений. Обычно они развиваются вокруг шелковых лигатур, инородных тел и очагов дремлющей инфекции. При длительном раздражении тканей и воздействии на них маловирулентных микроорганизмов происходит обильное размножение тканевых клеток и инфильтрация зоны раздражения лимфоидными элементами, в результате чего и образуется «воспалительная опухоль».

Приводим наши наблюдения.

И. А., 54 лет, поступил 19/II 1957 г. с жалобами на опухоль в правой паховой области, болезненную при ходьбе. В 1955 г. оперировался по поводу правосторонней паховой грыжи, через 8 мес. на месте послеоперационного рубца обнаружил опухоль, которая постепенно увеличивалась.

Живот слегка асимметричен, правая половина гипогастрия несколько выпячивается. В правой паховой области по ходу рубца плотная неподвижная безболезненная опухоль овальной формы 8×6 см. Кожа над ней подвижна. При пальпации напряжения мышечной стенки нет, печень и селезенка в норме. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. При рентгенографии связи опухоли с желудочно-кишечным трактом и мочевыводящей системой не установлено.

29/III 1957 г. под местным новокаиновым обезболиванием послойно вскрыта брюшная полость; обнаружена плотная «опухоль» величиной с кулак, спаянная задней поверхностью с париетальной брюшиной, салъником и слепой кишкой. В центре опухоли обнаружен свищевой ход, в котором шелковая лигатура. «Опухоль» удалена. Послеоперационный период протекал без осложнений.

II. С., 62 лет, поступил 13/VII 1957 г. с диагнозом: опухоль левой паховой области. В 1956 г. операция грыжесечения. Через 7 месяцев обнаружил припухлость в области операционного рубца, которая причиняла боли при ходьбе. Живот нормальной конфигурации. В левой паховой области плотная припухлость 12×5 см, безболезненная, кожа над ней не изменена. Рентгеновское обследование исключило связь ее с кишечником.

17/VII 1957 г. под местным обезболиванием послойно вскрыта брюшная полость. Обнаружена плотная «опухоль», спаянная задней поверхностью с париетальной брюшиной, к «опухоль» припаяны салъник и петля тонкой кишки. «Опухоль» осторожно выделена из спаек с брюшиной и тонкой кишкой и удалена, припаянная часть салъника отсечена. В центре ее обнаружена полость, содержащая шелковую лигатуру.

М. В. Жуков (Златоуст). Воспалительная «опухоль» брюшной стенки

В доступной нам литературе мы не нашли описаний подобной патологии после резекции желудка; это, на наш взгляд, позволяет нам опубликовать наше наблюдение.

П., 55 лет, перенесший резекцию желудка по поводу полипоза в 1959 г., поступил 14/XII 1961 г. с жалобами на боли в правом подреберье при натуживании и прощупываемую опухоль той же области.

Впервые почувствовал боли в правом подреберье в сентябре 1960 г. во время работы. В дальнейшем больной обнаружил опухоль в правом подреберье. Последние 2 недели боли носят постоянный характер, а опухоль начала быстро увеличиваться.

В правом подреберье по сосковой линии ниже реберного края на 3 см прощупывается деревянистой плотности, болезненная, мало подвижная опухоль 7×7 см. При напряжении брюшного пресса опухоль прощупать не удается.

При рентгенологическом исследовании желудка и кишечника патологии не обнаружено.

21/II 1961 г. при операции под интратрахеальным наркозом с применением миорелаксантов в правом подреберье обнаружена хрящевой плотности «опухоль» в толще внутренней косой и частично поперечной мышц брюшной стенки. Вскрыта брюшная полость, установлено интимное спяние «опухоли» со стенкой поперечно-ободочной кишки на участке 5×4 см. Спайки при помощи гидропрепаровки новокаином расслоены и рассечены, на десерозированный участок кишки наложены швы. «Опухоль» из толщи брюшной стенки иссечена. Дефект мышц ушит кетгутowymi швами с дополнительными швами шелком на апоневроз. Линия швов укреплена подшиванием сюда капроновой заплатки 16×5 см. Шелковые швы на кожу.

Препарат: участок серовато-белой ткани 8×7×4 см деревянистой плотности, в центре «опухоли» полость — 1,5×1,5 см, содержащая гной и шелковую лигатуру.

А. Н. Рябов (Бавлы, ТАССР). Дивертикул толстого кишечника, симулировавший опухоль

Ш., 22 лет, обратилась в хирургическое отделение 17/II 1959 г. с жалобами на боли в животе разлитого характера, больше в области пупка, опухоль в правой половине живота. В январе 1958 г. впервые в правой половине живота, несколько выше пупка, появилась опухоль величиной с куриное яйцо, мало подвижная, болезненная. Лечилась дома теплом. Боли стихли, и опухоль исчезла. В феврале 1959 г. опухоль в животе появилась вновь, только гораздо больших размеров, чем прежде. Стали беспокоить боли по всему животу, больше в области пупка.

Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Пульс — 72, ритмичен, хорошего наполнения и напряжения. Язык влажный, слегка обложен. Живот мягкий. Пальпаторно умеренная болезненность разлитого характера. Печень и селезенка не пальпируются. В правой половине живота несколько выше пупка прощупывается опухоль с женский кулак. Опухоль твердой консистенции, гладкая, мало подвижная, болезненная. Мочеполовая сфера — в пределах нормы.

Произведены обзорная рентгенография почек и рентгенография с применением серозина. На обзорном снимке ниже проекции правой почки тень округлой формы. Правый мочеточник отстоит от проекции более латерально.

За период обследования состояние больной было удовлетворительное, температура все время оставалась нормальной, опухоль в размерах не уменьшилась. Предоперационный диагноз: опухоль брыжейки тонкого кишечника?

6/III 1959 г. под местной анестезией правым трансректальным разрезом вскрыта брюшная полость (А. Н. Рябов).

Опухоль располагается забрюшинно и имеет широкую ножку, уходящую основанием в сторону позвоночника. Брюшина под опухолью рассечена, последняя покрыта серозной оболочкой. При выделении верхнего конца опухоли, замурованного в спайки, обнаружено, что он оканчивается слепо и грубыми спайками подтянут под печень. Спайки рассечены, свободный конец опухоли выведен в рану. Произведено дальнейшее выделение из спаек ножки опухоли. Спайки рассекаются непосредственно у самой опухоли. Ножка опухоли забрюшинно проходит над позвоночником (поперечно) и спускается в левую подвздошную область. При осмотре брюшной полости и забрюшинного пространства вблизи опухоли установлено, что корень брыжейки тонкого кишечника находится ниже места пересечения позвоночника ножкой опухоли. При дальнейшем выделении оказалось, что опухоль ножкой исходит из начального отдела сигмовидной кишки, являясь ее дивертикулом. Дивертикул иссечен, дефект стенки толстого кишечника ушит трехрядными швами.

Макропрепарат. Опухоль представляет собой дивертикул толстого кишечника длиной 17 см. Один конец дивертикула сужен, другой расширен. Внутри расширенной части плотный каловый камень.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 12-й день больная выписана в хорошем состоянии.

В настоящее время чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет, работает.

Н. Г. Штыкалев-Катанов (ТАССР, Агрыз). Двойная перекрученная непаразитарная киста селезенки у мальчика 4 лет

Г., 4 лет, заболел вечером 21/VIII 1960 г. Появились разлитые боли в животе, была трехкратная рвота, повысилась температура. Травма отрицается. Родители ребенка отмечают у мальчика «большой живот» с момента рождения.