

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.

23/VIII утром состояние ребенка ухудшилось.

В 13.30 осматривен хирургом. Общее состояние тяжелое, пульс — 150, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Температура — 37,3°. Язык обложен, сухой. Живот мягкий, значительно увеличен в размерах, вздут. Резкая болезненность над нижними отделами живота, больше слева, там же слабо положительны симптом Щеткина — Блюмберга. Зев чистый. Незначительное ослабление дыхательных шумов над нижними отделами правого легкого. Тоны сердца приглушены, шумов нет.

Гем. — 12,5 г% — 75 ед. Э. — 4 200 000, Л. — 30 750, п. — 2%, с. — 78%, э. — 2%, л. — 15%, м. — 3%, РОЭ — 30 мм/час. В моче патологических изменений не обнаружено.

Обзорная рентгеноскопия. Усилен легочный рисунок справа в ниже-медиальном отделе. Медиальный отдел правого купола диафрагмы несколько отстает в движении. Скопление газов в проксимальном отделе толстого кишечника.

В 15 час. 30 мин состояние ребенка резко ухудшилось. Пульс — 160, слабого наполнения и напряжения. Живот сильно вздут, умеренно напряжен, крайне болезнен, положительный симптом Щеткина — Блюмберга над всеми отделами живота.

В 16 час. операция (Н. Г. Штыкалев-Катанов) под масочным эфирно-кислородным наркозом. Срединным разрезом от мечевидного отростка до симфиза вскрыта брюшная полость. Выделилось около 100 мл серозно-геморрагического выпота без запаха. К ране предлежат два пузыря, темно-вишневой, почти черной окраски, один из которых величиной с голову взрослого человека, второй — с голову годовалого ребенка. Тонкий кишечник оттеснен кистозными образованиями вправо вниз. Восходящий отдел толстого кишечника сильно раздут газами. Кистозные образования спаяны с большим салником, печенью, поперечно-ободочной и нисходящей толстой кишками. Большой из пузырей проткнут троакаром, из него удалена часть геморрагической жидкости (около 1,5 л) темно-вишневой окраски. Кистозные образования выделены из спаек. Они имеют большую ножку, исходящую из ворот селезенки, у места вхождения в последнюю селезеночной артерии. Ножка кист перекручена на 170° вокруг оси. Селезенка имеет нормальную величину и положение, интимно сращена с диафрагмой. Ввиду тяжелого состояния большого и неизмененного вида селезенки решено не производить спленэктомии. Ножка двойной кисты прошита у места отхождения от селезенки, перевязана, отсечена. Кистозные образования удалены.

Удаленный препарат двойной кисты селезенки на общей ножке имеет плотную оболочку, содержит около 4 литров темной геморрагической жидкости. Микроскопия жидкости (И. Г. Файзуллина): лейкоциты и свежие эритроциты покрывают сплошь все поле зрения. Гистологическое исследование препарата: стенка кист состоит из фиброзной ткани, местами с эндотелиальной выстилкой.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 13-й день после операции в хорошем состоянии.

При осмотре в начале января 1961 г. состояние хорошее, жалоб не предъявляет, развивается нормально.

В. Д. Фирсов (Старо-Юрьево Тамбовской области). Обширная резекция тонкого кишечника при завороте кишок

П., 14 лет, поступил 18/II в 19 ч. 20 м. с жалобами на постоянные резкие боли в животе справа, тошноту, возникшие внезапно в 12 часов.

Утром больной съел много колбасы и выпил большое количество холодной воды. Была однократная рвота принятой пищей.

При поступлении состояние средней тяжести, сонлив, температура — 37,5°, пульс — 86, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 100/60.

Живот равномерно умеренно вздут, брюшная стенка в акте дыхания участвует. Напряжение мышц и резкая боль в правой подвздошной области. Симптом Блюмберга — Щеткина положительны.

В моче патологических изменений не выявлено. Лейкоцитов — 12500.

С диагнозом «острый живот» больной срочно оперирован (В. Д. Фирсов) вначале под местной анестезией, а затем под эфирным ингаляционным наркозом.

Правосторонним параректальным разрезом вскрыта брюшная полость, излилось большое количество геморрагической жидкости с неприятным запахом. В рану предлежат черного цвета петли тонкого кишечника. Разрез увеличен вверх и вниз. Обнаружен заворот всего тонкого кишечника по часовой стрелке на два полных оборота вокруг оси брыжейки. Брыжейка скручена в виде тяжа толщиной около четырех сантиметров, на котором висит гроздь черных петель тонкого кишечника.

После раскручивания установлено, что тонкий кишечник омертвел почти на всем протяжении. Резецировано 5,2 метра тонкого кишечника, осталось всего 15 см подвздошной кишки и 20 см тощей кишки, анастомоз произведен конец в конец.

Послеоперационный период протекал очень тяжело. Введенным через нос зондом откачивалось желудочное содержимое, так как нормальная эвакуация наступила лишь на четвертый день и с того же дня начался понос: стул 15—20 раз в сутки,