

Под интубационным эндотрахеальным наркозом произведена резекция желудка по Сапожкову. Желудок резко растянутый, в области привратника на задней его стенке каллезная язва с плотными инфильтрованными краями, явления перигастрита и перидуоденита. Язва проникает в головку поджелудочной железы.

Послеоперационный период протекал гладко. Боли совершенно прошли. Через 17 дней после операции девочка поправилась на 1600 г.

УДК 617.55—007.43

В. Я. Крупин (Алатырь). Грыжа Трейтца

В 1857 г. чешский анатом Трейтц впервые описал внутреннюю грыжу живота, назвав ее *hernia retroperitonealis*. Грыжа Трейтца встречается сравнительно редко, диагностика ее трудна.

Приводим наше наблюдение.

С., 41 года, поступил 6/Х 1960 г. с диагнозом «новообразование брюшной полости». В течение года отмечает периодические кратковременные боли в животе, метеоризм, похудание. Месяц назад обнаружил опухоль в животе.

Жалуется на боли в левой эпигастральной области, тошноту. Температура нормальная. Со стороны сердца и легких патологии не отмечено. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. В области пупка, больше влево от средней линии, определяется смещаемое безболезненное опухолевидное образование эластической консистенции размером 25×20 см; перкуторный звук над опухолевидным образованием тимпанический.

7/Х 1960 г. в связи с появлением симптомов острого живота больной взят на операционный стол с диагнозом: перекрутившаяся киста кишечника (?).

Под местной анестезией произведена средне-срединная лапаротомия. Весь тонкий кишечник находится внутри плотного белесоватого грыжевого мешка, расположенного больше слева от позвоночника. Воротами грыжевого мешка являются верхняя двенадцатиперстно-тощекишечная складка с нижней двенадцатиперстно-тощекишечной складкой.

Диагностирована грыжа Трейтца. Грыжевой мешок рассечен в бессосудистом месте. Петли тонкого кишечника вполне жизнеспособны, спаяны между собой и с грыжевым мешком. Путем тупой истрой препаровки петли тонкого кишечника освобождены от спаек и низведены через грыжевые ворота в свободную брюшную полость. Дефект задней брюшины ушит узловыми шелковыми швами, грыжевые ворота закрыты путем подшивания краев отверстия к начальному отделу тощей кишки. Операционная рана зашита наглухо.

Послеоперационное течение шло без осложнений. С. осмотрен через четыре года после операции. Здоров.

УДК 616—006.2—611.383—611.349

А. М. Дасаева и В. С. Добронецкий (Казань). Огромная киста брыжейки сигмы

Кисты брыжейки встречаются довольно редко, и в литературе имеются лишь отдельные описания этих опухолей.

Ш., 57 лет, поступила в гинекологическое отделение Республиканской клинической больницы 6/VII 1965 г. с диагнозом: эхинококк брюшной полости. 17 лет назад больная стала прощупывать опухоль в брюшной полости, которая постепенно увеличивалась. Опухоль не беспокоила, и больная к врачам не обращалась. Только в последние 6 месяцев появились слабость, плохой аппетит, запоры и чувство тяжести в животе.

Живот куполообразно выпячен, кожа на нем растянута. Окружность живота 106 см. Прощупывается опухоль шаровидной формы, занимающая почти всю брюшную полость, с верхней границей на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, гладкая, эластической консистенции, резко ограниченная в подвижности, безболезненная. Перкуторно над опухолью тупость, в отлогих частях живота — тимпанит. Печень и селезенка не пальпируются.

При бимануальном исследовании, кроме возрастных атрофических изменений половых органов, отклонений от нормы не установлено. Опухоль, пальпируемая через брюшную полость, через своды влагалища не достигается.

Диагноз: пролиферирующая псевдомуцинозная киста яичника. Сопутствующие заболевания: атеросклероз, кардиосклероз.

20/VII 1965 г. под местной инфильтрационной анестезией вскрыта брюшная стенка по белой линии. Опухоль тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, размером 35×20 см, продолговатой формы, исходит из брыжейки сигмы. На ней расположена сигмовидная и частично нисходящая кишка. После вскрытия листков брюшины опухоль вылущена острым и тупым путем, сосуды лигированы. Указанные выше отделы кишечника не изменены. Брыжейка сигмовидной кишки ушита узловатыми кетгутowymi швами.

Удаленная опухоль представляет собой кисту шаровидной формы, однокамерную,

с тонкой плотной стенкой, весом 11 кг. Опухоль заполнена прозрачной жидкостью янтарного цвета в количестве 10,5 л.

Стенки кисты состоят из грубоволокнистой соединительной ткани, выстланной кубическим эпителием.

Послеоперационное течение гладкое. Ш. выписана 4/VIII в хорошем состоянии.

УДК 616—007.272—611.341—616—006

Н. Н. Зюзин (Киров). Острая непроходимость тонкого кишечника на почве первичного рака его

К., 62 лет, поступила в 11 час. 30 мин. 16/VII 1963 г. с диагнозом: механическая непроходимость кишечника (вероятно, на почве тумора), разлитой перитонит, правосторонняя очаговая пневмония, коронарокардиосклероз, пневмосклероз.

Состояние тяжелое. Жалобы на слабость, одышку, жажду, сухость во рту, вздутие живота, на резкие боли постоянного характера по всему животу, на отсутствие стула и на задержку газов. Боли усиливаются при глубоком дыхании. В 6 часов утра 14/VII 1963 г. без видимых причин возникли кинжальные боли в эпигастрии, вскоре распространившиеся по всему животу. Большая упала. К полудню появилась неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Применение тепла давало временный эффект. Ночь на 15/VII больная не спала. Утром 16/VII состояние ухудшилось, боли, ранее схваткообразные, стали постоянными и нетерпимыми. Последние три месяца К. отмечает периодические боли в области живота, тошноту, рвоту, запоры, сменяющиеся поносами.

Черты лица заострены, губы и язык сухие. Температура 37,5°. Пульс — 125, АД 130/90. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. В легких ослабленное жестковатое дыхание. На фоне сухих хрипов справа выслушиваются мелкопузырчатые влажные. Живот резко вздут, напряжен. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Перкуторно в животе определяется свободная жидкость. Перистальтика едва выслушивается. Симптом Пастернацкого отрицательный. Симптом Скларова положительный. Анус зияет, ампула прямой кишки раздута, свободна. При влагиалищном исследовании задний свод резко выбухает, сильно болезненный. При обзорной рентгеноскопии живота обнаружены чаши Клойбера.

Клинический диагноз: тумор тонкого кишечника с распадом, механическая непроходимость, разлитой перфоративный перитонит. Правосторонняя пневмония, пневмосклероз, кардиосклероз, гипертоническая болезнь II ст.

Больная оперирована под местным обезболиванием с последующим переходом на эфирно-кислородный наркоз. По вскрытии брюшной полости выделилось значительное количество густого гноя с фибриными пленками, с резким колибациллярным запахом. Синюшно-багровые петли кишечника на всем протяжении покрыты салынком, интимно спаянным с париетальной брюшиной в области малого таза. На расстоянии 1—1,5 см от илеоцекального угла обнаружен конгломерат, спаянный со слепой кишкой, петлями тонкого кишечника и париетальной брюшиной. Конгломерат выделен тупым и острым путем. Брыжейка приводящего отдела тонкого кишечника инфильтрирована, отечна. Местом препятствия явилась опухоль величиной с куриное яйцо, хрящевой консистенции, расположенная в просвете подвздошной кишки. На верхушке опухоли два перфоративных отверстия по 0,3×0,4 см каждое, из которых выделяется сукровичный, зловонный секрет. Стенка кишки в месте расположения опухоли и на протяжении 50—60 см в оральную сторону отечна, резко утолщена и раздута на протяжении 1—1,5 м; отводящие петли спавшиеся. Произведена резекция 1,5 м тонкого кишечника (1 м 10 см приводящей и 40 см отводящей) с анастомозом бок в бок. Брюшная полость освобождена от гноя с помощью электроотсасывающего аппарата и обильно промыта физраствором с антибиотиками. Для разгрузки толстого кишечника наложена аппендэктомия.

Макропрепарат представлял собой опухоль плотной консистенции с очагами некроза, изъязвления и гнойного расплавления со стороны слизистой. Патологогистологический диагноз: рак тонкой кишки с распадом (аденокарцинома).

Операционный и послеоперационный периоды протекали гладко.

5/VIII 1963 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 1 год 8 месяцев. Жалоб не предъявляет. При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта изменений не обнаружено.

УДК 616—007—611.333—611.341—616—001.5—616.33—002.44

И. Г. Ишкинцев (Нурлат, ТАССР). Недоразвитие брыжейки тонкого кишечника и сигмовидной кишки и прободная язва желудка

Т., 36 лет, поступил 19/II 1965 г., через 4 часа после внезапно возникшей боли в подложечной области, с жалобами на сильные боли в животе, тошноту. Дважды была рвота. Ранее болей в животе не было.

Кожные покровы бледные, лицо осунувшееся, выражение страдальческое. Язык обложен белым налетом. В легких отклонений от нормы нет. Тоны сердца глухие. АД — 105/55. Пульс 62, слабого напряжения, малого наполнения, ритмичный. Живот