

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

несколько втянут, пальпация резко болезненна и почти невозможна из-за напряжения мышц брюшной стенки. Печеночная тупость отсутствует. Симптом Щеткина — Блюмберга резко положительн. Выраженная атрофия мышц левой нижней конечности, левая стопа свисает.

Диагноз: прободная язва желудка, шок. Приняты противошоковые меры. В 17 час. под эфирно-кислородным наркозом начата операция (И. Г. Ишкинцев). В брюшной полости большое количество опалесцирующей жидкости, смешанной с кусочками пищи. На передней стенке пилорического отдела желудка в центре каллезной язвы перфоративное отверстие, пропускающее конец мизинца. Все петли тонкого кишечника, сигмовидная кишка и червеобразный отросток расположены по задней брюшной стенке и прижаты к ней почти немобильным листком пристеночной брюшины.

Перфоративное отверстие желудка зашили двухрядными шелковыми швами. Брюшную полость промыли раствором фурацилина 1:5000, тщательно осушили. Рану брюшной стенки зашили послойно наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан в хорошем состоянии 5/III 1965 г.

УДК 616.341

Ю. О. Фурман (Н. Тагил). Болезнь Крона

В 1932 г. Крон и сотр. описали флегмонозное воспаление терминального отдела подвздошной кишки и назвали это заболевание «терминальным илеитом». Л. Д. Литвинов и П. З. Гилис указывают, что еще в 1769 г. Морганьи писал о сегментарном (регионарном) энтерите.

В настоящее время под болезнью Крона подразумевается сегментарное поражение тонкого или толстого кишечника. Причиней болезни Крона считают ряд патологических процессов — склероз сосудов брыжейки, туберкулез кишечника, аллергию, диабет и другие. Таким образом, эта болезнь полиэтиологична. Различают острую и хроническую форму болезни Крона. Чаще встречается первая.

Точный диагноз до операции поставить чрезвычайно трудно; чаще болезнь Крона обнаруживается на операционном столе. Операцией выбора следует считать резекцию пораженного участка кишки.

Приводим три наших наблюдения.

1. А., 69 лет, поступила 10/IX 1963 г. в 20 часов с диагнозом: острый аппендицит. Заболела 6/IX. Появились боли в правой половине живота, тошнота, рвота. Лечилась дома грелками, бесалолом и снотворными. С 1930 г. страдает сахарным диабетом. Ежедневно получала 30 ед. инсулина.

Общее состояние больной удовлетворительное, живот несколько вздут, участвует в акте дыхания. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации нерезкая боль в правой половине живота без точной локализации. Температура 36,9°, Л. — 12 тыс.

Дежурный врач диагностировал частичную непроходимость кишечника. При рентгеноскопии брюшной полости обнаружены чаши Клойбера. После сифонной клизмы состояние больной значительно улучшилось, отошло много газов.

16/IX утром внезапно появились боли в животе, рвота, слабость. Живот резко болезнен, напряжен. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный по всему животу. При рентгеноскопии брюшной полости обнаружен свободный газ под диафрагмой. С диагнозом: перфорация кишечника больная взята в операционную. Под наркозом закистью азота с управляемым дыханием произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено большое количество мутного экссудата. Слепая кишка и червеобразный отросток не изменены. Восходящая кишка резко инфильтрирована, багрового цвета. Пораженный участок имеет четкие границы. На передней стенке флегмонозно измененной кишки перфоративное отверстие 0,3×0,3 см. Пораженный участок кишки резецирован. Наложена анастомоз бок в бок.

Операционный диагноз: регионарный флегмонозно-язвенный колит (болезнь Крона) с перфорацией язвы и разлитой гнойной перитонит.

На вторые сутки после операции больная скончалась.

2. М., 33 лет, поступил 11/XII 1964 г. с жалобами на сильную боль внизу живота, тошноту, рвоту. Доставлен в стационар через 15 часов от начала заболевания. Раньше подобных болей не было.

Живот напряжен, болезнен во всех отделах, симптом Щеткина — Блюмберга положительн по всему животу. Л. — 17 500. Диагностирован острый перфоративный аппендицит. Больной взят в операционную.

Из брюшной полости излилось около 200 мл жидкого гноя. Червеобразный отросток и слепая кишка не изменены. На расстоянии 50 см от баугиниевой заслонки тонкая кишка на протяжении 13—15 см оказалась флегмонозно измененной. Пораженный участок тонкой кишки резецирован в пределах здоровых тканей. Наложена анастомоз бок в бок. Послеоперационное течение гладкое. Наступило выздоровление.

3. С., 43 лет, поступил 24/XII 1964 г. в 20 часов с жалобами на сильную боль в правой половине живота, больше в правом подреберье, тошноту, рвоту, слабость. Заболел остро в 7 часов утра. В прошлом подобных болей не было.