

несколько втянут, пальпация резко болезненна и почти невозможна из-за напряжения мышц брюшной стенки. Печеночная тупость отсутствует. Симптом Щеткина — Блюмберга резко положительный. 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. Причинной болезнью 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. Чаше 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. Наложен 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 положительный 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. Наложен 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.

Живот слегка вздут, напряжен, особенно в правом подреберье. Здесь же симптомы Щеткина — Блюмберга, Менделя и Ортнера резко положительны. Л. — 19 300, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Диагностирован острый деструктивный холецистит и перитонит.

Экстренная операция под наркозом. Из брюшной полости излился жидкий гной. Желчный пузырь не изменен. Червеобразный отросток интактен. На расстоянии 35 см от илеоцекального угла обнаружена флегмонозно измененная тонкая кишка с точечной перфорацией и фибринозными наслоениями в окружности. Диагноз — болезнь Крона (сегментарный флегмонозный илеит с перфорацией).

Сделана резекция пораженного участка кишки (20 см) в пределах здоровых тканей и наложен анастомоз бок в бок.

Наступило выздоровление.

УДК 616—001.611.95—616—007.44

Б. Я. Альберт и А. Я. Яковлев (Шентала, Куйбышевская обл.).
О посттравматических инвагинациях кишечника у детей

За 1962—1964 гг. в нашей больнице находилось на излечении 4 детей в возрасте от 6 месяцев до 2,5 лет с инвагинацией кишечника, причем причиной ее во всех случаях была тупая травма живота. Все дети были переведены в хирургическое отделение из детского, куда они поступали с подозрением на острую дизентерию. Поводом для этого диагноза обычно являлся частый стул с примесью крови. К сожалению, правильный диагноз устанавливался слишком поздно, и нам удалось спасти лишь 2 детей.

Приводим краткие выписки из истории болезни двух больных.

1. М., 8 месяцев, поступил в детское отделение районной больницы 10/X 1964 г. с диагнозом: острая дизентерия.

Ребенок беспокоен, температура 37,8°. Границы сердца нормальные, тоны ясные, пульс 120, ритмичный. Органы дыхания без патологии. Язык влажный, обложен белым налетом, живот заметен вздут, в акте дыхания участвует, мягкий, болезненный в нижнем отделе. Стул жидкий, частый (8—10 раз в сутки), с примесью крови и слизи.

Назначено противодизентерийное лечение.

Состояние ребенка продолжало ухудшаться, появилась рвота, стул по-прежнему был жидким и частым, с примесью крови, появились хрипы в обоих легких. При бактериологическом анализе диагноз дизентерии не подтвердился. Это не насторожило лечащего врача. Пальцевое исследование прямой кишки не произведено. На 5-й день ребенок был осмотрен дежурным врачом, хирургом по специальности, который усомнился в правильности диагноза. Дополнительно выяснено, что за сутки до поступления в больницу ребенок упал с кровати. Мать не обнаружила никаких признаков повреждения и за медицинской помощью обратилась только спустя сутки, когда на фоне заметного беспокойства у ребенка появился жидкий стул с примесью крови. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружен инвагинат, который прощупывался и через брюшную стенку.

При лапаротомии (под эфирно-кислородным наркозом) обнаружена инвагинация около 15 см подвздошной кишки в слепую. Состояние ребенка после операции продолжало ухудшаться, установлена двухсторонняя пневмония.

На следующий день после операции наступила смерть. На вскрытии каких-либо воспалительных изменений слизистой кишечника не найдено. Смерть последовала от двухсторонней бронхопневмонии.

2. Г., 2,5 лет, поступил в детское отделение больницы 11/XI 1963 г. с диагнозом: острая дизентерия (жидкий с примесью крови стул до 8 раз в сутки). В связи с появившимися симптомами непроходимости кишечника на консультацию вызван хирург. Пальцевое исследование прямой кишки подтвердило этот диагноз. Накануне поступления ребенок получил травму живота при падении с высоты. Контрастное рентгенологическое исследование представило дополнительные данные (наличие «кокарды»), свидетельствующие об инвагинации кишечника.

В связи с категорическим отказом матери от операции приняты консервативные меры. Для расправления инвагинации оказалось достаточно сифонных клизм.

Ребенок выписан на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии.

В заключение еще раз следует подчеркнуть важность подробно собранного анамнеза, обязательного пальцевого исследования прямой кишки у детей с подозрением на инвагинацию кишечника.

УДК 616.351—616.981.57

Г. П. Петров и Н. Ф. Федоров (Чебоксары). Газовая гангрена после парапроктита

С., 42 лет, поступил 14/III 1965 г. в крайне тяжелом состоянии. Несколько дней назад больной был оперирован по поводу парапроктита. 13/III 1965 г. появились сильные распирающие боли в области раны и промежности. 14/III боли усилились, появился отек мошонки, полового члена, повысилась температура.