

Живот слегка вздут, напряжен, особенно в правом подреберье. Здесь же симптомы Щеткина — Блюмберга, Менделя и Орнера 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 заметно 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.