

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.

Общее состояние больного крайне тяжело. Сознание затемнено. Кожные покровы землистого оттенка. Пульс 120, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50. Температура 39,0°. Резкая отечность полового члена, мошонки, передней брюшной стенки до реберных дуг; отечность поясничной области, нижней трети грудной клетки до нижних углов лопатки. На отечных участках пятна сине-багрового цвета. Кожа мошонки, полового члена резко напряжена. При пальпации передней брюшной стенки, поясничной области, спины отмечается крепитация. В области анального отверстия справа — рана 2×1 см, из которой выделяется геморрагическая жидкость со зловонным запахом. При исследовании раны палец идет глубоко вдоль прямой кишки.

Клинический диагноз: газовая гангрена промежности с распространением на мошонку, половой член, переднюю брюшную стенку, поясничную область и нижнюю треть грудной клетки.

Сделаны широкие разрезы кожи и подкожной клетчатки на передней брюшной стенке, половом члене, мошонке, поясничной области, на спине и в области анального отверстия (Н. Ф. Федоров). Из разрезов стекает геморрагического характера пенящая жидкость со зловонным запахом. Обнаружены клостридий перфрингенс.

Назначены антибиотики, капельное внутривенное введение противогангренозной сыворотки вместе с физиологическим раствором поваренной соли и глюкозы. Больному перелито 6 л крови.

Состояние больного до 30/III 1965 г. оставалось тяжелым, но постепенно стало улучшаться, раны очистились, появилась хорошая грануляция. Передняя брюшная стенка и половой член были закрыты свободными лоскутами кожи, взятыми с бедер, яички погружены во внутренние поверхности бедер. 12/VII 1965 г. С. выписан в удовлетворительном состоянии.

УДК 616—007.43—611.638

Б. М. Голосов (Куйбышев-обл.). Невправимая пахово-мошоночная грыжа громадных размеров

Пахово-мошоночные грыжи громадных размеров в последние десятилетия встречаются весьма редко.

Мы наблюдали одного такого больного.

Г., 55 лет, поступил 24/VI 1960 г. по поводу опухолевидного образования больших размеров в области мошонки, затрудняющего ходьбу. Заболевание началось 15 лет назад появлением небольшого выпячивания тканей в правой паховой области. Выпячивание постепенно увеличивалось, вызывало периодически слабые болевые ощущения и к 1955 г. достигло громадных размеров. В течение последних 6 лет больной отмечает значительное ухудшение самочувствия, прогрессирующую одышку, отек нижних конечностей и мошонки.

Мошонка представляет собой опухолевидное образование огромных размеров, достигающее нижнего края надколенников. Длина — 40 см, ширина — 29 см, передне-задний размер — 27 см, окружность — 88 см, вес — 10 кг 100 г. Кожа мошонки растянута, в большей степени на правой ее половине, суха, отечна, с участками мацерации на задне-боковой поверхности слева. На передней поверхности мошонки в области шва имеется полунульной формы кожная складка, прикрывающая щель, ведущую к половому члену, кожа у краев щели мацерирована. Головка полового члена прощупывается под кожей на 8 см выше складки. Через указанную щель происходит мочеиспускание. У корня мошонки прощупывается ножка «опухоли», уходящая в правую паховую область.

Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта. В грыжевом мешке располагаются тонкий кишечник, слепая и восходящий отдел ободочной кишки.

Диагноз: правосторонняя невоправимая пахово-мошоночная грыжа громадных размеров. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Атеросклеротический кардиосклероз. Недостаточность кровообращения II-Б ст.

6/VII 1960 г. произведено грыжесечение (опер. А. И. Краснянский, асс. Б. М. Голосов) под эфирно-кислородным эндотрахеальным наркозом. По вскрытии грыжевого мешка выделилось до 10 л прозрачной грыжевой воды. В грыжевом мешке располагаются резко инфильтрированный сальник, подвздошная, слепая кишка с червеобразным отростком и восходящий отдел ободочной кишки. Брыжейка кишечника отечна. Сращения между петлями кишечника и стенками грыжевого мешка нет. Сальник и кишечные петли легко вправлены в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит изнутри в области шейки кистетным шелковым швом, перевязан и отсечен вместе с кожей правой половины мошонки. Осуществлена пластика пахового канала по Жириару.

Наложена нижняя трахеостома с учетом возможного отека гортани и усугубления сердечно-сосудистой недостаточности. Послеоперационный период протекал тяжело, с падением сердечной деятельности.

8/VII удалена трахеотомическая трубка. Швы сняты на 10-й день. Первичное натяжение с образованием инфильтрата и лигатурного свища. Трахеостома зажила вторичным натяжением.

24/VIII по выздоровлении Г. выписан.

Осмотрен через 5 лет. Самочувствие хорошее.