

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 полулунной 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.