

Наблюдения из практики и краткие сообщения.

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии (директор проф. Г. М. Новиков) Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Случай хронического фиброзного осумковывающего перитонита.

Я. М. Щербавский.

Хронический фиброзный осумковывающий перитонит—заболевание весьма редкое. К настоящему времени в литературе описано около 70 таких случаев.

В качестве этиологического момента, вызывающего осумковывающий фиброзный перитонит, большинство авторов выставляет туберкулезную инфекцию (Федоров, Бобров, Зеренин.)

Другие авторы (Ферберов, Корацци, Головани) причинным моментом осумковывающего фиброзного перитонита считают диплококковую инфекцию, брюшной тиф, малярию и пр.

Эзау, Мейо, Виннена, Блюменталь связывают возникновение фиброзного перитонита с своеобразным заболеванием серозных покровов брюшной полости, в основе которого лежит циркуляция токсинов неизвестного происхождения. При этом отмечается хроническое течение и распространение на другие серозные оболочки (плевра, перикард).

Алеев высказывает предположение, что осумковывающий фиброзный перитонит является результатом неправильного эмбрионального развития внутренних органов.

Емельянов считает этиологическим моментом осумковывающего фиброзного перитонита „некогда“ существовавшую патологическую оболочку в полости брюшины, которая могла вместить только часть тонких кишок. Воспалительный процесс от эндогенной инфекции дал пленчатые отложения; в результате—плотная фиброзная капсула.

Диагностика осумковывающего фиброзного перитонита является весьма трудной и, пожалуй, даже невозможной до вскрытия брюшной полости. Доказательством этого является то, что в литературе описано всего лишь два случая правильного распознавания этого заболевания до операции (Лернбехер и Репин).

В двух других случаях (Брайцева и Попова) было высказано лишь предположение. В остальных случаях больные шли под разными другими диагнозами. Чаще всего при этом фигурировали: киста яичника, фиброма матки, киста брыжейки, туберкулезный перитонит, хроническая или острая инвагинация. Основными клиническими признаками фиброзного осумковывающего перитонита являются: 1) периодическая задержка газов и кала в момент приступа болей; 2) громкое урчание в брюшной полости, слышное иногда даже на расстоянии; 3) наличие опухоли в брюшной полости, которая увеличивается во время приступа;

при перкуссии над опухолью—приглушенный тимпанит; 4) отсутствие видимой перистальтики кишок.

Ряд авторов (Алеев, Бодулин, Попов, Орлов, Репин) наблюдал у своих больных повышение температуры, боль по всему животу без определенной локализации, расстройство желудочно-кишечного тракта: рвоту, понос, сменяющийся запором, частичную кишечную непроходимость, приступообразное течение, длящееся от года до 20 лет и пр.

В каждом случае осумковывающего фиброзного перитонита оперативное вмешательство является, повидимому, неизбежным. Чаще всего производится декапсуляция (из 70 опубликованных случаев в 50 случаях произведена декапсуляция). Возможно также наложение соустья или даже удаление целиком всего „клубка“ сращенных кишок вместе с капсулой.

Нужно заметить, что после оперативного вмешательства часто наблюдается послеоперационный шок и парез кишечника от ранения интрамурального нервного аппарата. Редкость этого своеобразного страдания дает нам повод опубликовать случай хронического фиброзного осумковывающего перитонита, наблюдавшийся в нашей клинике.

Больная С., 31 года, доставлена в клинику станцией скорой помощи 1/IV 37 г. в 6 час. 30 мин. утра с жалобами на сильную боль по всему животу, тошноту и появление в полости живота какой-то опухоли.

Вечером 31/III 37 г., после ужина, появились схваткообразные боли во всем животе, которые сопровождались вздутием живота с появлением опухоли. В ночь б-ную 4 раза слабило; цвет кала больная не заметила, газы отходили, рвоты не было, по временам—тошнота.

В прошлом—упорные запоры, схваткообразные боли меньшей интенсивности 2—4 раза в год. Боли возникали особенно после тяжелого труда и грубой пищи; проходили самостоятельно без медицинской помощи. Наследственность благоприятная. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Живот вздут в средней его части. При перкуссии приглушенный тимпанический звук. Видимой перистальтики кишечника не отмечается, при пальпации локализованной боли нет, симптом Блюмберга отсутствует.

При глубокой пальпации прощупывается опухоль, по своей локализации и форме напоминающая букву М. Опухоль мало подвижна, не сильно болезненна.

Левая подвздошная область, по сравнению с правой, несколько запавшая. Газы не отходят. Мочилась самостоятельно. Сделан новокаиновый поясничный блок. Спустя полчаса живот менее напряжен, газы не отходят, стула нет. Назначена сифонная клизма, отошли газы и кал в небольшом количестве. Напряжение брюшной стенки почти не уменьшилось. Состояние б-ной не улучшается.

С предположительным диагнозом инвагинации кишечника б-ная оперирована.

Операция 1/IV 37 г. (проф. Г. М. Новиков). Под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому срединным разрезом, огибающим пупок слева, вскрыта брюшная стенка до брюшины. В брюшную полость попасть не удается из-за обширных спаек, на основании чего оператор высказал предположение о возможности здесь хронического фиброзного осумковывающего перитонита. По иссечении спаек через нижний угол раны с большим трудом удалось проникнуть в брюшную полость. Предлежит большая опухоль белого цвета с плотной, блестящей и утолщенной капсулой, занимающая всю срединную часть живота. Тонких кишок и салника не видно. Теперь уже не было никакого сомнения в наличии осумковывающего фиброзного перитонита. Осторожно надсечена капсула, содержимым которого оказался весь отдел тонких кишок вплоть до слепой кишки.

Червеобразный отросток, несколько увеличенный и утолщенный, удален. По

отделении от кишок вся капсула удалена отдельными кусками. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационное течение гладкое. На 8-е сутки сняты швы. Заживление раны рег примат. На 9-е сутки стали применять кварцевое облучение. Больная выписана на 15-й день в хорошем состоянии. Через 2 месяца больная явилась в клинику: чувствует себя хорошо. Через 6 месяцев 6-ная чувствует себя так же хорошо и вполне работоспособна.

Макроскопически капсула белая, блестящая, плотная, с неровной поверхностью толщина ее местами доходит до $\frac{1}{2}$ см.

Микроскопическое исследование: по заключению патологоанатомического ин-та КГМИ (проф. И. П. Васильев)—гиалинизированный пласт фиброзной ткани. Таким образом, в данном случае был типично протекавший хронический фиброзный осумковывающий перитонит, подтвержденный микроскопически и благоприятно разрешившийся после операции.

Из урологического отделения Полтавской межрайонной больницы (зав. д-р Сандуковский).

К дифференциальной диагностике камней почек и мочеточников.

И. Э. Сандуковский.

Диагностика камней почек и мочеточников в настоящее время особенных трудностей не представляет. По мнению Жанбро ошибки при диагностике камней мочеточника в половине случаев зависят от недостаточного исследования.

Среди больных, проходящих через хирургическое отделение нашей больницы, мы отметили большое сходство клинической картины перелома поперечных отростков поясничных позвонков с картиной при камнях почек и мочеточников.

Эти заболевания чаще всего встречаются между 30 и 50 годами.

По данным Иозефа на 203 случая уролитиаза в возрасте между 30 и 50 годами было 162 больных.

Больные (6 человек с переломами поперечных отростков и поясничных позвонков), прошедшие через наше отделение, относятся к этому же возрасту.

Иозеф указывает, что камнями почек и мочеточников чаще страдают мужчины, чем женщины.

Среди наших больных с травмой позвоночника, сопровождавшейся переломом поперечных отростков, было 5 мужчин и 1 женщина.

Приступы болей в поясничной области, связанные с камнями почек и мочеточников, наблюдаются часто после травм. Переломы поперечных отростков поясничных позвонков почти всегда наблюдаются после ушиба в поясницу.

Характерным в наших случаях является небольшая травма, повлекшая за собой перелом поперечных отростков поясничных позвонков. У этих больных и у больных с камнями наблюдалось напряжение мышц поясничной области, симптом Пастернацкого был положительный.