

К., 54 лет, поступил 8/IV 1966 г. с диагнозом: полипоз желудка. В течение 3 месяцев отмечает непостоянные боли в подложечной области, тошноту. Аппетит не нарушен. Общее состояние удовлетворительное. Язык обложен, влажен. Пульс 80, АД 140/80 мм. Живот правильной формы, мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены.

Желудочный сок. Натошак свободной HCl — 10, общая кислотность — 25; после завтрака соответственно 18 и 30.

Рентгеноскопия желудка 9/III 1966 г. Пищевод без изменений. Желудок обычной формы и положения. Складки слизистой утолщены, извиты у большой кривизны. При компрессии у большой кривизны в антральном отделе — дефект наполнения 1×2 см, неправильно округлой формы, выраженный при выведении на большую кривизну задней стенки, стойко определяемый в процессе всего исследования. При компрессии и тугом заполнении контуры дефекта ровные. Эвакуация ускорена. Пилорус и *bulbus duodeni* в норме.

13/IV 1966 г. произведена резекция $\frac{3}{4}$ желудка по Гофмейстеру — Финстереру под энлотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с мышечными релаксантами. Желудок малых размеров. По большой кривизне на передней его стенке на границе верхней и средней трети определяется плотная, гладкая опухоль 2×1 см, выступающая над поверхностью серозы на 1,5 см без инфильтрации тканей в окружности. В антральной части желудка — полип 2,5×2 см и плоская опухоль мягкой консистенции 3×3 см с четкими контурами.

Послеоперационный диагноз: липома, лейомиома, полипоз желудка. Гистологическое исследование: полип, липома, лейомиома желудка.

Послеоперационное течение гладкое. Выписан 25/IV 1966 г. в хорошем состоянии. В литературе мы подобных сообщений не нашли.

УДК 616—006.363.03—616.62

ЛЕЙОМИОМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Лейомиомы, как известно, относятся к редким формам опухолей мочевого пузыря. Наблюдаются они в основном у 40—60-летних. Иногда лейомиомы трансформируются в злокачественные опухоли, чаще саркоматозные, реже раковые. Они могут достигать больших размеров (И. Н. Шапиро, Н. М. Перлов). Мы наблюдали больную, у которой лейомиома подслизистой формы заполняла большую часть растянутой полости мочевого пузыря.

С., 42 лет, поступила 2/VI 1966 г. с диагнозом: саркома мочевого пузыря. С 1961 г. у больной периодически возникали затруднения мочеиспускания, дважды наступала острая задержка мочи. В 1966 г. неоднократно наблюдалась тотальная гематурия, длившаяся по 5—6 дней. При осмотре больной обнаружена опухоль, выступающая над симфизом. Бимануальное вагинальное исследование указывало на наличие опухоли мочевого пузыря. При цистоскопии определяется огромная опухоль, исходящая из левой половины мочевого пузыря. Слизистая пузыря, доступная осмотру, нормальной окраски. Опухоль не позволила определить место расположения устьев мочеточников. На экскреторной урограмме анатомо-функциональных изменений со стороны верхних мочевыводящих путей не обнаружено. На цистограмме выявлен огромный дефект наполнения, контрастное вещество располагается лишь по боковым отделам и у верхушки мочевого пузыря в виде полулуния.

Моча кислая, удельный вес 1020, белок — 0,165%, лейкоцитов — 10—15, эритроцитов — 50—60 в поле зрения.

16/VI произведено удаление мочевого пузыря на уровне внутреннего отверстия уретры. Мочеточники пересажены в искусственный мочевоу пузырь, созданный из изолированного сегмента сигмовидной кишки. Кишечный трансплантат (искусственный пузырь) размещен в тазу изоперистальтически. Непрерывность толстого кишечника восстановлена анастомозом конец в конец по общепринятой методике. Ввиду натяжения брыжейки сигмы и несоответствия диаметров просвета уретры и сегмента сигмовидной кишки анастомоз между ними осуществлен следующим образом. После мобилизации сегмента сигмы и ушивания его проксимального отдела на дистальном конце, через все слои кишечной стенки произведен продольный разрез вдоль брыжеечного края длиной 2,5—3 см. Затем поперечным разрезом выкраен П-образный лоскут с основанием, расположенным на противоположной брыжеечному краю стенке изолированного сегмента сигмовидной кишки. Противоположные края откинутого П-образного лоскута и дистального отдела сегмента сигмы сшиты над резиновым катетером двухрядным

швом. Полученная таким образом кишечная трубка с необходимым диаметром соединена с уретрой без натяжения анастомозом конец в конец двухрядным швом. Искусственный мочевого пузырь дренирован постоянным катетером на 2 недели.

При гистологическом исследовании удаленной опухоли установлен диагноз: лейомиома мочевого пузыря (проф. Г. Г. Непряхин).

Через 8 месяцев после операции состояние больной удовлетворительное, мочеиспускание свободное. Емкость искусственного мочевого пузыря — 120—150 мл. Остаточной мочи нет.

УДК 616—07—616.346.2—002—618.2

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Н. С. Мазченко

Клиника госпитальной хирургии (зав. — доц. П. И. Любишкин) Владивостокского медицинского института

Как известно, диагностика острого аппендицита при беременности, в особенности во второй половине ее, затруднена. Это обусловлено неясной клинической картиной, отсутствием или стертой типичных симптомов этого заболевания (Е. Г. Дехтяр, А. А. Зыков и др.). В то же время промедление с операцией чревато опасностями как для матери, так и для плода.

При обследовании таких больных мы обратили внимание на усиление имеющейся болевой реакции в животе в момент шевеления плода. При этом беременные, как правило, более точно локализовали зону болезненности.

Надо думать, что при шевелении плода толчки передаются через стенку матки на воспаленный червеобразный отросток и его брыжейку, что и вызывает болевую реакцию. При вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины шевеление плода вызывает сотрясение ее, что также, естественно, сопровождается болезненностью.

Это наблюдение проверено нами на 11 больных, подвергнутых оперативному вмешательству. Диагноз острого аппендицита подтвержден у них микроскопическим исследованием удаленных червеобразных отростков. Во всех случаях учет упомянутых анамнестических данных облегчал диагностику острого аппендицита у беременных.

Для иллюстрации приведем краткие выписки из историй болезни.

1. И., 21 года (беременность 28 недель), поступила 14/X 1964 г. в 18 час. 30 мин. с жалобами на боли в правой подвздошной области, возникшие утром того же числа. Первоначально они были незначительными, в последующем постепенно нарастали. Ранее подобных болей И. не отмечала.

Температура 36,6°. Пульс 80, ритмичный. Органы грудной клетки без отклонения от нормы. Язык слегка обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен в объеме, шаровидной формы. Дно матки — между пупком и мечевидным отростком. Сердцебиение плода ясное. Живот мягкий, в правой половине болезненный. Боли усиливаются при шевелении плода и локализируются в правой подвздошной области. При положении больной на левом боку напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области не выявляется. Симптомы Ровзинга, Ситковского и Щеткина отрицательны. Мочеиспускание нормальное. Симптом Пастернацкого справа положительный. Выделений из половых путей нет.

Л. — 9000, п. — 2%, с. — 82%, л. — 14%, м. — 2%.

Утром боли почти полностью стихли, но в момент шевеления плода все же возникали с прежней интенсивностью. Л. — 11 200. Указанное обстоятельство позволило предположить, что у больной острый аппендицит, и ей была произведена аппендэктомия под местной анестезией по А. В. Вишневскому.

Гистологическое исследование: флегмонозный аппендицит.

2. Г., 32 лет (беременность 32 недели) поступила 20/VII 1965 г. в 19 час. 25 мин. по поводу болей в правой половине живота. Заболела 5 часов назад. Первоначально была рвота, боли по всему животу. В последующем боли локализовались в правой подвздошной области.

Температура 37,2°. Пульс 80. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот шаровидной формы, дно матки — между мечевидным отростком и пупком. Болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Щеткина отрицательны. При шевелении плода боли в животе усиливаются.

Л. — 11 000, э. — 4%, п. — 11%, с. — 70%, л. — 13%, м. — 2%.

Данных для постановки диагноза острого аппендицита, по мнению дежурного врача, было недостаточно, и больная оставлена для наблюдения. Утром боли несколько стихли, но при шевелении плода держались с прежней интенсивностью. Температура 37°, Л. — 9500.

Произведена аппендэктомия. Данные гистологического исследования: флегмонозный аппендицит.