

прогрессивно ухудшалось. С диагнозом: инвагинация кишечника 8/III 1965 г. ребенок переведен в хирургическое отделение.

При поступлении состояние крайне тяжелое: кожа бледная, вид страдальческий, губы сухие, цианотичные, пульс 160, слабый; тоны сердца чистые, в легких единичные влажные хрипы. Язык обложен, сухой. Живот умеренно вздут, мягкий; разлитая болезненность, на уровне пупка нечетко пальпируется эластичная опухоль 8—10×4,5 см. Печень и селезенка не увеличены. В брюшной полости обнаружены газовые пузыри с уровнями жидкости. Была диагностирована инвагинация кишечника (острая непроходимость кишечника (?)). 8/III в 13 часов срочная операция под эфирно-кислородным масочным наркозом. В брюшной полости — в небольшом количестве серозный выпот без запаха. Петли тонкого кишечника на всем протяжении раздуты и гиперемированы. Слепая, восходящая и поперечно-ободочная кишки до средней трети резко раздуты, гиперемированы. Нисходящий отдел толстого кишечника в спавшемся состоянии. Обнаружено ущемление селезеночного угла толстого кишечника в щелевидном заднем дефекте диафрагмы (щель Богдалека) на протяжении 20 см. Выведенная ущемленная петля отечна, синюшна, жизнеспособна. Дефект в диафрагме ушит узловыми шелковыми лигатурами. Брюшная полость орошена раствором антибиотиков и ушита наглухо. В удовлетворительном состоянии ребенок переведен для дальнейшего лечения в детскую больницу. При осмотре через 1,5 года здоров.

Наше наблюдение представляет интерес в связи с тем, что данное заболевание редко встречается и трудно диагностируется.

УДК 616—003.6—611.33

Р. Т. Разумов (Ленинград). Инородное тело желудка

Мы наблюдали двух женщин с камнями желудка из гудрона (битума), являющегося продуктом переработки нефти и широко применяемого в дорожном строительстве. Это были любительницы жевать гудрон.

Приводим одно наблюдение.

К., 28 лет, поступила 18/III 1963 г. из участковой больницы с диагнозом: рак желудка. Жалуются на тушые боли в эпигастрии, снижение аппетита, слабость. Считает себя больной около месяца, ранее ничем не болела, 1,5 месяца назад родила здорового ребенка и кормит грудью.

Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, на верхушке короткий систолический шум. Пульс 84, ритмичный. АД 120/70. Язык обложен, влажный. Живот обычной формы, мягкий; при пальпации в эпигастрии определяется опухолевидное образование размером с гусиное яйцо, плотное, болезненное, подвижное, с неровным нижним краем. Печень и селезенка не увеличены. Стул без особенностей.

При взятии желудочного сока лаборантка заметила, что зонд вымазан в смоле, липучей и очень маркой. Больная рассказала, что в первую половину беременности (6 месяцев назад) ежедневно жевала и проглатывала гудрон. По ее словам, она за 4 месяца съела около килограмма гудрона.

При рентгеноскопии 21/III 1963 г. в желудке найдено инородное тело.

22/III 1963 г. произведена гастротомия под местной анестезией и удалены 2 комка гудрона (битума) размерами 12×7×6 и 10×6×3,5 см с примесью пищевых масс.

УДК 616—001—616.37—002

С. С. Курбанаева (Казань). Травматический панкреатит

Н., 15 лет, ученик 9-го класса, был доставлен 21/I 1960 г. в 11 часов с диагнозом «закрытая травма живота». При поступлении жаловался на боли в верхней половине живота, особенно справа, тошноту, затрудненное дыхание при изменении положения тела и иррадиацию болей в грудь. 20/I в 9 час. 30 мин. во время игры в баскетбол получил удар коленом в живот. Тотчас почувствовал сильную боль в эпигастральной области. Через несколько минут боль уменьшилась, но в школу Г. не смог пойти. К вечеру боли усилились и была трехкратная рвота.

Больной лежит на левом боку. При поворачивании на спину боли усиливаются и начинают отдавать в грудь. Температура 37,8, пульс 100, АД 110/65. Со стороны органов грудной клетки патологии не найдено. На животе следов травмы не обнаружено. Брюшная стенка в акте дыхания участвует ограниченно, резко напряжена в правом верхнем квадранте, где в области прямой мышцы — резкая болезненность. В остальных участках живот умеренно напряжен и мало болезнен. Симптом Щеткина не выражен, печеночная тупость сохранена, свободная жидкость не определяется. Симптом Тренделенбурга положительный.

В 14 часов АД 140/75, пульс 100. Больной продолжает лежать на левом боку. Отмечает уменьшение болей, но несмотря на это напряжение мышц живота распространялось на всю правую половину. Появился положительный симптом Щеткина. Решено оперировать больного в связи с подозрением на травму органов живота.

Под местной анестезией произведена верхнесрединная лапаротомия. Из брюшной полости вытекла грязная, темно-кровянистая жидкость без запаха. Большой сальник отечен, сморщен, гиперемирован. На нем имеются стеариновые бляшки. Значительное кровоизлияние и отек в корне брыжейки поперечно-ободочной кишки и в ма-

лом сальнике. Наибольшее количество стеариновых пятен располагается на малом сальнике и брюшине, покрывающей поджелудочную железу. В области головки поджелудочной железы обнаружено кровоизлияние и множество «стеариновых» пятен по верхнему краю тела поджелудочной железы. Других изменений со стороны органов брюшной полости не найдено. Операционный диагноз: травматический панкреатит. В области головки поджелудочной железы капсула рассечена, при этом разрыва ткани железы не обнаружено. Произведена короткая новокаиново-пенициллинговая блокада вокруг поджелудочной железы. К поджелудочной железе подведен резиновый дренаж и марлевый тампон.

В послеоперационном периоде при анализе мочи обнаружено 1028 ед. диастазы; сахара в крови было 110 мг%.

В течение 3 дней больной соблюдал голод. Получал подкожно физиологический раствор и 5% раствор глюкозы, камфару, антибиотики, атропин. При перевязках в брюшную полость через дренаж вводили пенициллин и стрептомицин. Постепенно состояние больного улучшилось. С 3-го дня больной получал молочно-растительную пищу.

27/I удален марлевый дренаж, 1/II — резиновая трубка. 6/II повязка на животе обильно смочилась соком поджелудочной железы. Образовался панкреатический свищ, в связи с чем в свищ вновь вставлена резиновая трубка. Были назначены атропин, эфедрин, пенициллин, стрептомицин, через день голод, строгая диета (творог, крутые яйца, нежирное мясо). 18/II свищ полностью закрылся. Состояние больного стало хорошим, температура нормализовалась, аппетит улучшился, жалоб нет. Живот мягкий, безболезненный.

Н. выписан в хорошем состоянии 3/III 1960 г.

УДК 616—001—616—003.4—611.37

М. И. Матяж (Юдино). Травматическая киста поджелудочной железы у ребенка

Б., 6 лет, поступил 28/IV 1966 г. с жалобами на периодические режущие боли в животе вокруг пупка и в эпигастрии. 2 недели назад ребенок попал под телегу, колесо прошло по животу. В момент травмы мальчик острых болей не ощутил, самочувствие оставалось хорошим, но периодически стали появляться нерезкие боли в животе. 25/IV 1966 г. боли резко усилились, но быстро прошли. Ночь с 27 на 28/IV 1966 г. больной не спал.

Температура 37,2°, пульс 98, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Сердце и легкие без особенностей. Живот правильной формы, мягкий во всех отделах, в акте дыхания участвует активно, равномерно; вокруг пупка болезненность, несколько более выраженная слева над пупком. Симптомов раздражения брюшины нет.

В стационаре 1—2 раза в сутки, чаще ночью, наблюдались приступы острых болей в животе, длящиеся по 5—7 мин. Они проходили самостоятельно или под действием атропина или промедола. Температура была субфебрильной, в отдельные дни поднималась до 38,6°. Постепенно интенсивность болей нарастала, снижался аппетит, мальчик стал пассивным, боялся двигаться. Стул был после клизмы.

3/V 1966 г. мальчик почти ничего не ест. Черты лица заострились, пульс 80. Слева в эпигастрии появилось нерезкое выпячивание, левая эпигастральная область резко болезненная, заметно отстает в акте дыхания. Температура по вечерам субфебрильная. Улучшения в состоянии ребенка не наступало.

13/V 1966 г. под общим эфирно-кислородным интубационным наркозом произведена лапаротомия. Позади желудка, желудочно-ободочной связки и поперечно-ободочной кишки в левой половине живота найдена опухоль величиной с голову 3-летнего ребенка, оттеснившая эти органы кпереди. Опухоль интимно спаяна с задними стенками этих органов. При попытке сделать окно в желудочно-ободочной связке вскрылась полость, содержащая около 1 л прозрачной желтоватой жидкости без запаха. Полость исходила широким основанием из хвоста поджелудочной железы. Фиброзная оболочка полости плотно прилежала к задней стенке желудка, ободочной кишки и желудочно-ободочной связки. Собственная фиброзная оболочка кисты частично удалена. Стенки полости после обработки спиртом, йодом и эфиромшиты редкими швами в края кожной раны. Полость тампонирована салфетками с мазью Вишневского.

Послеоперационный период протекал сравнительно легко. Первая перевязка произведена через 10 дней под общим хлорэтиловым наркозом; последующие — через 5 дней каждая. Полость быстро заполнялась. Ребенок выписан 15/VI 1966 г.

При осмотре через год мальчик здоров, активен, жалоб не предъявляет.

УДК 616—007.59—611.382

А. А. Мовчун и Н. А. Костромин (Тульская область). Заворот большого сальника

Заворот большого сальника относится к редко встречающимся заболеваниям органов брюшной полости. Накопление фактического материала по данной патологии может способствовать улучшению предоперационной диагностики.

Приводим наше наблюдение.

К., 48 лет, обратился в приемный покой 19/VII 1966 г. в 21 час. 30 мин. 19/VII в 8 час. появились постепенно нарастающие боли в нижних отделах живота, больше справа. Тошноты и рвоты не было. Стул и мочеиспускание в норме. Второй день оче-