

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.

27/1 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 (второг, крупные 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 эфиром шиты 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 (Тулская 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, обратилась 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-