

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 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 (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-

редной менструации, наступившей в срок. Обычно менструации болезненны. Полгода назад наблюдался подобный приступ, но боли были менее интенсивными, и больная к врачу не обращалась. В 1963 г. произведена операция по поводу левосторонней паховой грыжи.

Температура 37,3°. Язык обложен белым налетом, влажный. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс 88, ритмичный. АД 110/80. Живот умеренно вздут, резко болезнен в правой подвздошной области, симптом Щеткина — Блюмберга положительный. После очистительной клизмы был стул, боли в животе уменьшились. Гинекологических заболеваний не выявлено. С подозрением на острый аппендицит больная госпитализирована. Ночь больная спала плохо, к утру усилились боли в животе, появились напряжение мышц в правой подвздошной области.

С диагнозом «острый аппендицит» больная взята на операцию.

20/VII в 12 часов под местной анестезией вскрыта брюшная полость (А. А. Мочун). Выделилось небольшое количество геморрагического выпота без запаха. При ревизии брюшной полости обнаружен багрового цвета большой сальник.

Рана расширена сверху, в нее выведен большой сальник, который перекручен вокруг вертикальной оси на 360° на расстоянии 10 см от свободного края, периферический участок сальника темно-багрового цвета, пульсация сосудов отсутствует. Сальник резецирован выше места перекрута в пределах здоровых тканей. Червеобразный отросток гиперемирован и напряжен. Произведена типичная аппендэктомия. Брюшная полость защита наглухо.

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7-й день. К. выписана домой 30/VII в удовлетворительном состоянии.

УДК 616—007.271—611.329

Н. А. Мифтахов и А. А. Ахунзянов (Казань). Атрезия пищевода и трахео-пищеводный свищ у новорожденного

В течение 1966 г. в детское хирургическое отделение поступило 3 детей с атрезией пищевода. 2 из них поступили к нам на 8—10-е сутки со дня рождения с тяжелой аспирационной пневмонией, резкой кахексией и погибли.

У 1 ребенка, поступившего на 2-е сутки после рождения, нам удалось произвести первый этап операции — ликвидацию трахео-пищеводного свища и наложение эзофагостомии по Г. А. Байрову.

Мальчик Н., родился 22/XI 1966 г. с весом 2600 г, длиной 48 см, доношенный. Сразу после рождения отмечалось выделение большого количества слизи из ротовой полости, при попытке кормления наступал резкий цианоз и одышка. С подозрением на атрезию пищевода ребенок переведен в хирургическое отделение. На основании рентгенологического исследования у ребенка диагностирована атрезия пищевода и трахео-пищеводный свищ. Кроме того, у ребенка лучевая косорукость левой кисти и отсутствие первого пальца на ней.

24/XI 1966 г. под интубационным наркозом ликвидирован свищ между трахеей и нижним концом пищевода. Так как создание прямого анастомоза между верхним и нижним сегментами оказалось невозможным, была наложена эзофагостомия на дистальный сегмент пищевода; он выведен на переднюю брюшную стенку. Осуществлена мобилизация нижнего сегмента пищевода, расширено пищеводное отверстие диафрагмы. Произведена верхняя лапаротомия, мобилизованный дистальный сегмент пищевода проведен в брюшную полость через расширенное пищеводное отверстие. В эпигастральной области слева от средней линии сделан поперечный разрез длиной 1 см через все слои брюшной стенки. В образованное отверстие проведен мобилизованный пищевод и подшит к брюшине, к коже. В желудок через выведенный пищевод введена резиновая трубка. Брюшная и грудная полости защиты наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Ребенок питается через свищ. Он начал прибавлять в весе и на 18-й день после операции по просьбе родителей выписан домой в хорошем состоянии. Вес при выписке 3400 г.

Подготовка детей с атрезией пищевода к операции должна начинаться с момента установления диагноза в родильном доме. Транспортировка их в хирургические отделения должна осуществляться по правилам, предусмотренным для новорожденных, с обязательной подачей кислорода. Из отдаленных районов больных с атрезией пищевода следует доставлять самолетом.

УДК 616.346.2—002

О. М. Горбунов (Куйбышевская область). Острый аппендицит

С 1960 по 1965 г. в Подбельской участковой больнице находилось 569 больных с острым аппендицитом — 26,2% всех хирургических больных, 42,7% всех оперированных больных и 86,2% оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. У 293 (51,5%) больных был катаральный аппендицит, у 164 (28,9%) — флегмонозный, у 57 (10%) — гангренозный. У 28 больных были прободения с явлениями местного перитонита и у 3 — разлитого. У 24 больных (4,2%) были инфильтраты.