

$125 \cdot 10^3$ в 1 *мкл.* Анализ мочи не выявил отклонений от нормы. Диагноз до операции: тромбоблебитическая спленомегалия.

12/1 1972 г. операция (проф. А. В. Барский). Разрезом параллельно левому реберному краю вскрыта брюшная полость. Селезенка очень больших размеров, спаяна с диафрагмой и хвостовым отделом поджелудочной железы. Произведена спленэктомия. Препарат синюшно-багрового цвета, массой 4250 г. Размеры кисты $35 \times 25 \times 20$ см. Киста селезенки имеет истонченную фиброзную капсулу. Гистологическое исследование: стенки кисты состоят из фиброзной ткани с наличием гистиоцитов с гемосидерином, окружающая ткань селезенки с фиброзом и кровоизлияниями. Послеоперационный период протекал без осложнений. Последний осмотр 16/VI 1976 г. Самочувствие пациентки хорошее.

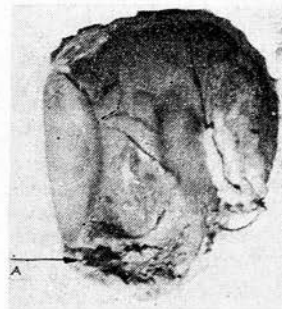
2. К., 29 лет, поступил в клинику 27/XII 1975 г. в 10 час. 30 мин. с жалобами на нестерпимые боли в верхнем отделе живота, тошноту. За 30 мин. до поступления в клинику больной поскользнулся на улице и упал на левую половину тела, после чего почувствовал резкую боль в верхнем отделе живота.

Живот несколько вздут, передняя брюшная стенка напряжена по всему животу, симптом Блюмберга — Щеткина положительный, в боковых каналах — свободная жидкость. Печеночная тупость сохранена. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости над печенью воздух не определялся. Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы без изменений. АД 135/70 мм рт. ст. Диагноз до операции: перфоративная язва желудка. 27/XII 1975 г. в 10 час. 50 мин. операция (Н. И. Молько). Под эндотрахеальным наркозом срединным разрезом, затем дополнительным разрезом вдоль реберной дуги слева вскрыта брюшная полость. Обнаружена серозно-кровоянистая жидкость, вытекающая из разрыва кистозно измененной селезенки. Произведена спленэктомия. Препарат селезенки размером $24 \times 16 \times 12$ см, по задне-боковой поверхности нижнего полюса измененной селезенки — разрыв длиной 6 см. Почти вся увеличенная селезенка оказалась кистозно перерожденной. Стенка кисты плотная, с очагами обызвествления. Выделилось 1000 мл серозно-кровоянистой жидкости. Во время операции перелито 750 мл одногруппной крови. Послеоперационный период осложнился правосторонней пневмонией, левосторонним экссудативным плевритом. Трижды произведена плевральная пункция, удаляли по 400—700 мл прозрачной жидкости с последующим введением антибиотиков. Операционная рана зажила первичным натяжением.

29/I 1976 г. К. выписан на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии. Контрольная рентгеноскопия грудной клетки при выписке: слева над диафрагмой плевральные наслоения, синусы свободны, диафрагма подвижна.

Гистологический диагноз: гиперплазия пульпы селезенки с редукцией фолликулов, глианозом стенок артериол. Сама стенка кисты представлена фиброзной тканью (см. рис.).

Приведенными наблюдениями подтверждаются данные литературы, что непаразитарная киста селезенки распознается главным образом при операции. Лечение может быть только хирургическим (спленэктомия).



Селезенка больного К., 29 лет, пораженная непаразитарной кистой (препарат). А — разрыв кисты.

УДК 616.382

М. П. Капустин (Агеевская больница Суворовского района Тульской области). Изолированные заболевания большого сальника

Случаи изолированных заболеваний большого сальника (оментиты, эпиллоиты) не так часты. Распознавание их бывает трудным, и обнаруживаются они, как правило, только на операционном столе. Приводим два собственных наблюдения.

1. Ч., 1924 года рождения, поступила в стационар 2/X 1967 г. с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе справа, общую слабость. Заболела 27/IX 1967 г. Вначале были небольшие боли в правой половине живота, затем боли усилились, приняли схваткообразный характер и иррадиировали в правую половину грудной клетки, правый пах и правую половину поясницы. 28/IX 1967 г. Ч. обратилась в амбулаторию. Была осмотрена терапевтом и хирургом. Диагноз не был установлен, назначено симптоматическое лечение. С 28/IX по 2/X 1967 г. самочувствие больной было удовлетворительным. 2/X 1967 г. во время выполнения домашних работ внезапно возникли резкие схваткообразные боли в правой половине живота.

Больная среднего роста, правильного телосложения, пониженной упитанности, бледна. Язык сухой, не обложен. Пульс 96 уд. в 1 мин., слабого наполнения и напряжения, ритмичный. АД 150/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание.

Живот немного вздут. Печень и селезенка не увеличены. При пальпации определяется резкая болезненность в правой половине живота. В брюшной полости справа

прощупывается болезненное подвижное опухолевидное образование без резких границ снизу и немного ограниченное сверху. Отмечаются сильные боли в точках Мак-Бурнея, Кюммеля и Лянца. Симптомы Блюмберга—Щеткина справа резко положительные, симптомы Ровзинга и Пастернацкого отрицательны. На передней брюшной стенке в илеоцекальной области — косой рубец длиной 10 см после перенесенной несколько месяцев назад аппендэктомии по поводу гнойного аппендицита. Внутренние половые органы не изменены. Стул был, газы отходят. Кровь и моча без особенностей.

Дооперационный диагноз: перекручивание большого сальника (?).

2/X 1967 г. под местным обезболиванием 0,5% раствором новокаина правым параректальным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. В ране предлежали большой сальник и петли тонкого кишечника. Сальник рыхло спаян с париетальной брюшиной. После отделения его от брюшной стенки и выведения в рану обнаружено, что конец большого сальника, частично резецированный во время предыдущей операции, отечен, уплотнен, имеет темный сине-багровый цвет, местами с точечными кровоизлияниями. На конце его найден участок с замурованным в нем узлом шелковой лигатуры. Произведена резекция сальника в пределах здоровой ткани, культи перевязана кетгуттом. В брюшную полость введены пенициллин (500 тыс. ед.) и стрептомицин (500 тыс. ед.). Операционная рана зашита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны произошло первичным натяжением. Пациентка выписана на 12-й день. В настоящее время она здорова, продолжает работать.

2. Ф., 1928 года рождения, поступил в больницу 7/1 1963 г. с жалобами на схваткообразные боли в правой половине живота, иррадиирующие вверх по всей правой половине грудной клетки и вниз по внутренней поверхности правого бедра. Заболел 3 дня назад. Вначале были небольшие боли в правой половине живота, а потом боли усиливались с каждым днем. На 3-й день Ф. внезапно почувствовал сильнейшие боли в правой половине живота. Появилась рвота. В больницу доставлен службой скорой помощи.

Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительной упитанности, бледен, лицо осунувшееся, зрачки расширены. Язык сухой, обложен белым налетом. Зев чист. Пульс 80 уд. в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД 100/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание.

Живот немного вздут. Печень и селезенка не пальпируются. Боли по всей правой половине живота. Симптомы Блюмберга—Щеткина и Пастернацкого справа положительные, отмечается незначительная боль в точке Мак-Бурнея. При пальпации правой половины живота в глубине прощупывается резко болезненное малоподвижное опухолевидное образование без резких границ, величиной с куриное яйцо. При исследовании через прямую кишку прощупать его не удалось. Мочеполовая система без видимой патологии. Анализ крови: Л. $11,6 \cdot 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 25 мм/час. Дооперационный диагноз: инвагинация петли тонкой кишки в слепую (?). Острый гнойный аппендицит (?).

7/1 1963 г. под местным обезболиванием 0,5% раствором новокаина (120 мл) правым параректальным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. В ране предлежали петли тонкого кишечника. Слепая кишка вместе с аппендиксом выведена в рану. Аппендикс небольших размеров, голубого цвета, без патологических изменений. Брыжейка его и слепая кишка без видимой патологии. Извлечен в рану большой сальник. Конец его оказался резко утолщенным, отечным, темно-багрового цвета, местами черного, с кровоподтеками и тромбозом кровеносных сосудов. Размер измененного участка равен площади ладони взрослого человека. На расстоянии 10—12 см выше конца сальника обнаружена белесая, окружающая нижний участок сальника бороздка типа странгуляционной борозды, резко ограничивающая воспаленную часть сальника от нормальной. Возможно, было перекручивание нижней части большого сальника, но в момент выведения его в операционную рану произошло раскручивание. Произведена резекция воспаленной части сальника в пределах нормальной ткани. Культи перевязана кетгуттом. Операционная рана зашита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны шло первичным натяжением. Швы сняты на 8-й день. Ф. выписан 17/1 1963 г. по выздоровлении. При выяснении отдаленных исходов операции установлено, что он выполняет работу, требующую большого физического напряжения, и чувствует себя хорошо.

Гистологическое исследование резецированного участка сальника выявило отек, лейкоцитарную инфильтрацию, местами лимфоцитарно-лейкоцитарные стазы, кровоизлияния, тромбоз сосудов и участки омертвения. Причиной воспаления большого сальника (оментита) в данном случае был тромбоз кровеносных сосудов.

УДК 616.5—002.828

Доц. Р. К. Мустаев, З. С. Захарова, П. А. Бражников, А. М. Жукова (Чебоксары).
Лечение больных дерматомикозами гризеофульвином-форте

Мы изучили эффективность лечения гризеофульвином-форте больных некоторыми грибовыми заболеваниями волосистой части головы: микроспорией (1256 чел.), поверхностной трихофитией (53), хронической трихофитией (26). У всех больных диаг-