

Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Болезненность, незначительный дефанс и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом верхнем квадранте живота, положительные симптомы Керра, Георгиевского-Мюсси, боль в 7-й точке. Пальпируется увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь. Кал нормальной окраски. Пульс 66.

14/VII: Л. — 9500, РОЭ — 30 мм/час. Моча — без патологии.

16/VII: порции желчи А и С содержат лейкоциты, слизь, эпителий.

21/VII — холецистография. Обнаружена округлой формы гомогенная тень с четкими ровными контурами, расположенная на уровне 11—12 грудных и 1 поясничного позвонков.

24/VII при обзорной рентгеноскопии живота на том же уровне под тенью сердца определяется неправильно округлая тень диаметром около 10 см, частично избыточная. В косых положениях тень расположена ближе кпереди. Отмечается передаточная пульсация. Видимых изменений со стороны органов грудной клетки, желудка и дуоденум не выявляется.

Предоперационный диагноз: подострый калькулезный холецистит, эхинококковая киста левой доли печени (?).

26/VII — операция (Е. П. Архипов) под потенцированным масочным эфирно-кислородным наркозом. Доступ по Рио-Бранко.

Желчный пузырь рубцово изменен, флегмонозно воспален, тело его укутано припавшимся сальником, шейка замурована в спайках и рубцах, пальпируется камень овальной формы $3 \times 1,5$ см; от края левой доли печени исходит неправильной шаровидной формы киста туго эластической консистенции с плотной, гладкой стенкой, спаянной плоскостными спайками с окружающими органами и тканями. Киста выделена от спаек, произведена краевая резекция печени вместе с кистой. Рана печени ушита П-образными кетгутowymi швами и перитонизирована. Подведен дренаж. Желчный пузырь с трудом выделен от спаек, удален от шейки и при этом пересечен общий желчный проток. Концы протока выделены и сшиты на дренажной трубке по типу скрытого дренажа. Подведены марлевые турунды и резиновый дренаж. Швы на рану.

Киста 9×10 см, заполнена кашицеобразной жировой массой сероватого цвета с прожилками желчи. Стенка ее на разрезе неравномерной толщины, плотная с известковыми включениями. Внутренняя поверхность кисты блестящая, в морщинистых складках и перекалдинах. Гистологически стенка состоит из фиброзной ткани.

Послеоперационный период осложнился холангитом с желтухой и образованием наружного желчного свища, из которого ежесуточно выделялось 300—500 мл желчи при окрашенном стуле. Внутренний дренаж отошел через месяц после операции, желчный свищ закрылся на 65 день. Явной и скрытой желтухи нет. Кал нормальной окраски. Выписана 18/X-62 г. с хорошими гемопоказателями, с жалобами лишь на ощущение тяжести в области эпигастрия.

УДК 616.346.2—002—616.981.57

Г. П. Ельшевич (Орел). Забрюшинная газовая флегмона с затеком на бедро как осложнение перфоративного аппендицита при ретроцекальном положении отростка

При деструктивных формах аппендицита с ретроцекальным расположением отростка может возникнуть такое тяжелое осложнение, как забрюшинная флегмона. В. Ф. Войно-Ясенецкий отмечает, что эти флегмоны иногда могут иметь характер газовых флегмон.

С., 80 лет, доставлен в больницу 13/VIII-60 г. в 14 час. 45 мин. врачом скорой помощи. 3/IV почувствовал общую слабость. С 11/IV отмечает задержку газов и стула, боли в правой ноге и животе. Больной дряхлый, упитанность понижена. Дыхание ослаблено. Тоны сердца глухие, пульс 104, ритмичный, слабого наполнения. Язык слегка обложен белым налетом. Живот вздут, в акте дыхания участвует, мягкий, болезненный больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень и селезенка не пальпируются. В поясничной области справа, с переходом в подвздошную область определяется припухлость, при пальпации — крепитация. Правое бедро значительно большего объема, чем левое, при пальпации болезненность и крепитация на бедре и в пахово-мошоночной области. Наружных повреждений нет.

После сифонной клизмы отошли газы, живот стал менее вздутым. Назначены сердечные средства, антибиотики.

В 23 час. 30 мин больной впал в бессознательное состояние и в 0 час. 10 мин. 14/VIII умер, пробыв в отделении 7 часов.

Диагноз: газовая флегмона правого бедра. Копростаз. Общий атеросклероз. Эмфизема легких. Выписка из протокола вскрытия. Аппендикс располагается ретроцекально, утолщен, покрыт флегмонозными наложениями, спаян с задней стенкой слепой кишки. Апикальная часть отростка разрушена. Слепая кишка и аппендикс спаяны с париетальной брюшиной, которая пропитана жидким гноем. Подвздошно-поясничная мышца на всем протяжении пропитана зловонными мутными гнойными

массами. Правое бедро увеличено в объеме, при надавливании на кожу — крепитация. Мышцы передней поверхности бедра тусклого вида, между мышечными пучками злобные гнойные массы с пузырьками газа.

Патологоанатомический диагноз: гангренозный аппендицит с прободением ретроцекально расположенного отростка. Забрюшинная газовая флегмона с затеком на бедро.

УДК 616.329—089

Э. Н. Огнева (Мензелинск). Самопроизвольное отхождение проглоченной ребенком вилки

П., 2 лет 3 месяцев, играя детской столовой вилкой, имеющей красивую пластмассовую обломленную ручку, нечаянно проглотил ее. Доставлен в больницу в состоянии средней тяжести. Глотание невозможно, слюнотечение. Дыхание не затруднено. Некоторая осиплость голоса. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. При рентгеноскопии в пищеводе видна столовая вилка с тремя зубьями, расположенная черенком вниз. Основание зубьев — наиболее широкая часть вилки — на уровне бифуркации трахеи. Больной срочно был направлен для эзофагоскопии в ЛОР-клинику, куда прибыл через сутки. Как показало рентгеновское обследование, инородного тела ни в пищеводе, ни в желудке нет.

На третий день вилка определялась уже в кишечнике и через 7 дней вышла самостоятельно, не произведя каких-либо повреждений.

УДК 616.66—615.361.45

М. И. Каплун (Уфа). Лечение фибропластической индурации полового члена кортизоном

Под нашим наблюдением находилось 33 больных индурацией полового члена, которых мы лечили кортизоном, гидрокортизоном и адрезеном по методике, предложенной болгарским автором Добревым. Курс лечения состоит из 14 инъекций кортизона, которые производятся непосредственно в уплотненную ткань полового члена через день. Первые 6 инъекций — по 0,5 мл в каждое пещеристое тело попеременно, последующие 7 инъекций — по 0,5 мл в каждое пещеристое тело одновременно. Для определения переносимости пациента к кортизону до лечения вводится в уплотнение 0,2—0,3 мл препарата. Всего на курс лечения вводится 250 мл кортизона.

Никаких побочных явлений в процессе лечения и после него не наблюдалось. У одного больного было небольшое капиллярное кровотечение из места инъекции, в результате ранения мелкого сосуда. Кровотечение было остановлено прижатием тампона в течение нескольких минут. Выздоровление наступило у 8 (исчезновение уплотнения и болей), улучшение (уменьшение уплотнения и искривления члена, исчезновение болей) у 22 и у 3 боли исчезли, но уплотнение не уменьшилось.

Наибольшее число положительных результатов было получено после одного курса лечения. Однако у 12 больных были достигнуты положительные результаты после 2 и 3 курсов. Поэтому мы не разделяем точки зрения Добрева, утверждающего, что повторные курсы лечения неэффективны. Повторные курсы лечения проводились через 1,5—2 месяца. Это обусловлено тем, что в процессе лечения кортизоном в местах инъекций образуются вызванные ими уплотнения, рассасывание которых происходит в сроки до 2 месяцев. К этому времени возникает объективная возможность учета результатов лечения. Почти все больные отмечали исчезновение болей после первых 3—4 инъекций, а уменьшение искривления члена и размеров уплотнений — после окончания 1 курса лечения.

10 больных осмотрено через год после лечения. У 4 выписанных с выздоровлением эффект оказался стойким, 6 выписанных с улучшением жалоб не предъявляют, несмотря на оставшиеся уплотнения в половом члене. 8 больных осмотрены через 17 и 19 месяцев после лечения.

У двух эффект оказался стойким, у одного появилось новое уплотнение выше места инъекции, остальные пять больных жалоб не предъявляют, процесс у них стабилизировался.

УДК 616.5—002.35—616.61—007

М. И. Маврин (Казань). Карбункул удвоенной почки в сочетании с уретероцеле

Дооперационная диагностика карбункула почки из-за отсутствия кардинальных клинических симптомов трудна. В доступной нам литературе мы не встретили описания карбункула удвоенной почки. Приводим наше наблюдение.

М., 58 лет, поступил 20/II-61 г. с жалобами на высокую температуру (39°), ознобы, поты, учащенное мочеиспускание и боли в поясничной области справа. Забо-