

Из хирургического отделения Плетеневской рабочей б-цы
(зав. отд. проф. Домрачев).

Случай двойной самоампутации червеобразного отростка слепой кишки.

Г. И. Мухамедьяров.

О самоампутации червеобразного отростка в доступной мне литературе имеются скудные данные. Мощицкий в 1925 г. насчитал 18 опубликованных случаев плюс 2 своих случая. В 1930 году Панкратьев описал два собственных случая. К опубликованным наблюдениям надо причислить наш случай.

Больной Р., 35 л., инженер-дорожник, поступил в хирургическое отделение Плетеневской рабочей больницы 25/XI 35 г. по поводу хронического аппендицита. Анамнез: жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, плохой аппетит и запоры. Впервые заболел в 1928 г. Боли разлитого характера по всему животу, больше справа, рвота, высокая температура, по поводу чего больной находился в постели в течение 10 дней. Врачом констатирован острый аппендицит. Лечение консервативное. С этого времени боли то появлялись, то утихали, причем в последнее время боли усилились. Болезни детства: корь, воспаление легких. В 1921 г.—сыпной тиф. Венерические болезни отрицает. Не курит и не пьет. Холост.

Больной среднего роста, телосложения правильного; питание удовлетворительное. Пульс 80, сердце и легкие в пределах нормы. Живот не вздут. При пальпации имеется болезненность в точке М. Burney'я. Нерезкий *defens musc.* справа. Печень и селезенка не прощупываются. Кровь: лейкоцитов 9200.

27/XI 35 г. больному под местной анестезией по методу проф. Вишневского произведена операция (оперировал проф. Домрачев). Разрезом по М.-В. вскрыта брюшная полость; по вскрытии брюшины обнаружено соесит спайках; спайки разъединены. Отростка на месте не оказалось, на его месте имеется небольшой рубец. В трех сантиметрах от слепой кишки медиально к пупку обнаружена подвижная жировая ткань с ясновыраженными, хорошо развитыми сосудами (остаток брыжейки червеобр. отростка), при препаровке которой найдены 2 сильно измененные отрезка отростка слепой кишки, сидящих на фоне этой брыжейки, причем друг с другом эти 2 отрезка непосредственной связи не имеют, а только с сосудами брыжейки. После изолирования от сосудов отрезки удалены. Кисетный шов на основании отрезка вокруг рубца. Рана зашита наглухо. Рана зажила *per primam*. Больной 8/XII выписался домой в хорошем состоянии.

Удаленные отрезки (длина одного 2 1/2 см, ширина 1 1/2 см, второго—2×1) подвергнуты гистологическому исследованию проф. Васильевым. Просвет облитерирован совершенно. На месте слизистого и подслизистого слоев сплошная грануляционная ткань, превратившаяся во многих местах в волокнистую рубцевую ткань. Слизистая в состоянии атрофии, местами превращается в волокнистую ткань.

На основании клинической картины и данных патолого-анатомического исследования мы думаем следующим образом объяснить наш случай: самоампутация произошла в момент острого приступа, бывшего у б-ного в 1928 г., сопровождавшегося некрозом стенок отростка у его основания и в середине, что и дало повод к образованию двух изолированных друг от друга отрезков.