

Просмотрев интересующие нас истории болезней, мы нашли, что в практической работе некоторые гинекологи пользуются другой «модификацией»: передняя стенка тела матки выводится под кожу, а края апоневроза пришиваются вокруг тела матки; дно матки фиксируется внизу иливерху операционной раны, в зависимости от того, как она лучше «ложится»; придатки же всегда помещаются за передним листком апоневроза.

При этой модификации (если произведенную операцию еще можно назвать модификацией операции Grigoriu), при которой матка была выведена под кожу вместе с придатками, наступило осложнение, потребовавшее вторичного хирургического вмешательства.

Больная С-а, 46 лет, в марте 1956 г. по поводу выпадения стенок влагалища и начальной стадии выпадения матки оперирована по только что указанному способу в комбинации с передней и задней кольпоррафией. Уже в июне в области операционной раны появилось опухолевидное образование, более или менее быстро увеличивающееся в размерах.

С диагнозом послеоперационной грыжи 7 августа 1956 г. она вновь поступила в акушерско-гинекологическую клинику Казанского ГИДУВа. При обследовании рецидива выпадения стенок влагалища и матки не установлено. В нижнем отделе живота, по средней линии и по бокам от нее, больше справа, пальпировалась опухоль тугоэластической консистенции, $13 \times 8 \times 5$ см³, неправимая в брюшную полость и мало болезненная при пальпации. В клинике диагноз послеоперационной грыжи подтвержден, 15 августа — операция под местной анестезией по А. В. Вишневскому.

Овальным разрезом иссечен послеоперационный рубец, края кожи отпрепарованы от тела матки и апоневроза. «Опухоль» оказалась резко измененными придатками, которые в отдельности не определялись и были интимно сращены с кожей и апоневрозом. Придатки удалены. У угла матки справа обнаружено конусовидное выпячивание брюшинного листка. После вскрытия брюшной полости конусовидное выпячивание брюшины зашито кистным швом. Тело матки добавочно фиксировано двухрядными узловатыми швами к апоневрозу, благодаря чему матка как бы «ушла» в толщу брюшной стенки. Послеоперационное течение гладкое. 6 сентября того же года выписана в хорошем состоянии. Через полтора года после операции общее состояние больной хорошее, жалоб не предъявляет, рецидива выпадения матки нет, выполняет прежнюю работу.

Мы затрудняемся назвать все причины, которые привели к резкому изменению придатков в нашем наблюдении, но полагаем, что ведущую роль сыграло их сдавление.

Мы сочли нужным опубликовать данное сообщение не только с целью описания наступившего осложнения после оперативного лечения выпадения матки, но и с целью привлечь внимание гинекологов к оперативному лечению по Grigoriu этого страдания.

Дело в том, что описанные выше «модификации» операции Grigoriu, кроме модификации Е. Д. Рузского, выполнены исполнителями этих операций случайно, причем каждый оператор считал, что он оперирует типично по способу румынского профессора. Таким образом, выявилась необходимость напомнить о деталях операции Grigoriu, имеющей ряд несомненных преимуществ, и предостеречь от применения вышеописанной «модификации» этой операции.

Поступила 29 марта 1958 г.

К КАЗУИСТИКЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО ЖЕЛЧНОГО СВИЩА ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Р. Н. РАХМАТУЛЛИН

Из Усалинской больницы Кзыл-Юлдузского района,
ТАССР (главрач — Р. Н. Рахматуллин)

Больная А. Корчагина, 48 лет, колхозница, поступила в Усалинскую больницу 31 октября 1955 г. со свищом в передней брюшной стенке, через который выходили камни. Болеет 2 года, когда впервые появились боли в правом подреберье и в пояснице; боли периодически возобновлялись в виде приступов. Больная продолжала

работать. В июне 1955 г. на передней брюшной стенке появилась припухлость, были резкие боли в животе, по словам больной, — без повышения температуры. В центре припухлости образовался свищ, из которого вышли 3 камня желтого цвета (больная принесла их с собой). Состояние после образования свища улучшилось. Больная стала выполнять домашнюю работу. Объективно: видимые слизистые и кожа нормальной окраски. Пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный, 61 удар в мин при температуре 36,5°. Живот мягкий, не вздут. Симптом Блюмберга — Щеткина — отрицательный. На передней брюшной стенке на 7 см ниже правого реберного края имеется свищ с выделением светло-тягучей слизи без запаха. При осмотре раны удален камешек, не тонущий в воде. В правом подреберье определяется припухлость, мало смещаемая, болезненная при пальпации, с кулак взрослого. Физиологические отправления кишечника в норме.

Кровь: РОЭ — 15 мм в час, Л. — 7200, гем. — 69%. Диагноз: калькулезный холецистит.

23 ноября 1955 г. произведена операция: под местной анестезией разрезом Федорова вскрыта брюшная полость. В желчном пузыре множество камней. Верхушка пузыря спаяна с передней брюшной стенкой и восходящей частью толстого кишечника. Проведен дополнительный разрез книзу, после чего желчный пузырь выделен из спаек, с иссечением свищевого хода. В дальнейшем удаление желчного пузыря произведено обычным способом. В брюшную полость введена трубка. Послеоперационное течение гладкое. Трубка удалена на 6-й день. Больная выписана на 34-й день после операции, в удовлетворительном состоянии.

В желчном пузыре обнаружено 147 камней и незначительное количество прозрачно-тягучей слизи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Д. Б. Авидон. Вестник хирургии им. Грекова, № 1, 1952.
2. А. Ф. Анисимов. Хирургия, № 7—8, 1938.
3. В. Э. Бурба. Хирургия, № 5, 1956.
4. А. В. Вишневский. Сборник трудов, т. II, 1950.
5. Ф. М. Гаврилов, А. И. Белокуров. Хирургия, № 5, 1956.
6. С. Димитров. Хирургия, № 5, 1956.
7. З. Л. Каплун. Клиническая медицина, № 6, 1952.
8. П. М. Корженко. Сборник трудов госпитальной хирургической клиники Кишиневского медицинского института, 1950.
9. Л. Д. Линденбратен и О. Ч. Цукерштейн. Клиническая медицина, № 8, 1953.
10. К. Г. Никулин. Труды терапевтической клиники Горьковской областной больницы, т. II, стр. 256—266. Горький, 1942.
11. З. Оглоблина. Хирургия, № 10, 1950.
12. Е. В. Смирнов. Вестник хирургии им. Грекова, № 1, 1952.
13. А. Л. Стуккей и А. Р. Чернявский. Хирургия, № 10, 1950.
14. С. П. Федоров. Желчные камни и хирургия желчных путей, М.—Л., 1934.
15. П. Г. Часовников. Хирургия, № 7—8, 1938.

Поступила 16 июня 1957 г.

К КАЗУИСТИКЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Врачи А. А. БОЛОТОВ и В. Г. ЛЮЛИНСКАЯ

Из хирургического отделения 1 Казанской городской клинической больницы (главврач — З. А. Синяевская, научный руководитель — проф. Н. В. Соколов)

Больной Л., 44 лет, поступил в 1 городскую больницу 25 октября 1950 г. с диагнозом: пищевая интоксикация.

Накануне вечером он поел колбасы и пирожков, после чего начались резкие боли в животе, которые постепенно усилились. В 3 часа родственники вынуждены были вызвать машину скорой помощи, на которой он и был доставлен в больницу.

После осмотра больного терапевтом ему было произведено промывание желудка. Состояние не улучшилось. После консультации с хирургом больной был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: «кишечная непроходимость на почве ущемления диафрагмальной грыжи».

Из анамнеза удалось выяснить, что в 1943 г. больной был контужен, по поводу чего находился на излечении в госпитале, где диагностировали трещину одного из ребер слева. Из госпиталя выписался в хорошем состоянии.

С тех пор иногда появлялись сопровождавшиеся тошнотой боли в животе, в некоторых случаях с задержкой отхождения газов и стула.