

5. Н. В. Лаптева. К статистике злокачественных опухолей в гор. Казани на основании секционного материала. Труды Казанского медицинского института, вып. III, 1938.

Поступила 4 декабря 1957 г.

ТРИ СЛУЧАЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г. И. ВОЛКОВ

Из кафедры факультетской хирургии (зав.— проф. С. И. Ворончихин) Ижевского медицинского института

Киста поджелудочной железы относится к числу редких заболеваний, поэтому считаем целесообразным поделиться тремя нашими наблюдениями. Диагностика заболеваний не представляет больших трудностей при наличии ясно пальпируемого, тугоэластической консистенции опухолевидного образования в эпигастральной области.

В отношении направленности методов лечения до настоящего времени нет определенных установок, кроме того, что все больные должны оперироваться. В сообщениях В. К. Беккера, Г. Н. Вайса, Л. Л. Дорфмана, М. В. Красносельского, К. К. Малышева, П. П. Митрофанова, Н. А. Михайлова и др. указывается на применение самых разнообразных способов оперативного лечения, поэтому каждое новое сообщение в какой-то степени поможет выработке единой методики оперативного лечения.

В двух случаях нами с успехом была применена операция — наложение соустья между кистой и начальным отделом тощей кишки и в одном случае — марсупиализация.

1. Больная А. В. Володских (история болезни № 464/414), 45 лет, поступила в факультетскую хирургическую клинику 23/III 1953 г. с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области. Больна 3 года. Травму отрицает. В эпигастральной области пальпируется опухолевидное образование величиною с голову новорожденного, тугоэластической консистенции, флюктуирующее, неподвижное. При рентгеноскопии желудок оказался резко смещенным вправо, он тесно связан с кистовидным образованием. Диагноз до операции: киста поджелудочной железы.

7/IV 1953 г. операция (С. И. Ворончихин) под местным обезболиванием. За задней стенкой желудка обнаружена больших размеров киста, не имеющая ножки, исходящая из поджелудочной железы. Содержимое (жидкость коричневого цвета) удалено пункцией. Наложено соустье между кистой и начальной частью тощей кишки через брыжейку поперечно-ободочной кишки. После операции в течение первых двух недель были ознобы, повышенная температура, причина которой не была установлена. Выписалась через месяц после операции в хорошем состоянии. Через 3 года и 6 месяцев самочувствие хорошее, жалоб нет, работает в колхозе. Рецидива нет.

2. Больной И. И. Стрелков (история болезни № 1268/1459), 28 лет, поступил в клинику 25/VIII 1956 г. с жалобами на опухолевидное образование в эпигастральной области, чувство тяжести. Остро заболел в январе 1956 г., когда через сутки с момента заболевания был оперирован в райбольнице по поводу какой-то непроходимости кишечника. Вскоре после операции появилось чувство тяжести в эпигастральной области. В мае 1956 г. оперирован повторно по поводу кисты поджелудочной железы. Ввиду малоопытности хирурга, операция ограничилась только цистотомией. Жидкое содержимое в количестве 2 литров было удалено, полость осушена, смазана йодом и зашита наглухо. Через 2 недели после операции наступил рецидив, по поводу которого 4/IX 1956 г. больной снова оперирован (С. И. Ворончихин). На этот раз наложен анастомоз между кистой и начальной частью тощей кишки. Послеоперационное течение было гладкое.

3. Больная Е. С. Семенова (история болезни № 511/486), 23 лет, поступила в факультетскую хирургическую клинику 4/IV 1952 г. с теми же жалобами, как и предыдущие больные (чувство тяжести, полноты и наличие опухолевидного образования в эпигастральной области).

В левой подреберной области, тотчас левее от срединной линии, пальпируется больших размеров, неподвижная, тугоэластическая опухоль. Диагноз: киста поджелудочной железы. 15/IV 1952 г. больная оперирована — произведена марсупиализация.

В послеоперационном периоде в первые дни выделялось около 2 литров жидкости, к моменту же выписки выделения уменьшились. Больная выписана домой с открытым свищем. Нам стало известно, что свищ закрылся самостоятельно через 3 недели после выписки.

При осмотре через 4 года 6 месяцев больная жалоб не предъявляет, работает на прежней работе (в столовой). Признаков рецидива заболевания не обнаружено, свищ закрылся стойко.

В заключение следует отметить, что паллиативные операции, которые применялись в наших случаях, принесли желаемый стойкий эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. К. Беккер. К казуистике паразитарной кисты поджелудочной железы. Вестник хирургии, 45, 1936.
2. Г. Н. Вайс. К казуистике кист поджелудочной железы. Клиническая медицина, VII, 7, 1929.
3. Л. Л. Дорфман. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. Советская хирургия, 1, 1936.
4. М. В. Красносельский. Внутренний дренаж как метод лечения кист поджелудочной железы. Вестник хирургии, 42, 1936.
5. К. К. Малышев. Три случая кист поджелудочной железы. Вестник хирургии, 45, 1936.
6. П. П. Митрофанов. Случай травматической кисты поджелудочной железы. Вестник хирургии, 45, 1936.
7. Н. А. Михайлов. К казуистике кист поджелудочной железы. Врачебные записки, 1895.
8. Э. И. Струкова. Дуоденоцистостомия при кисте поджелудочной железы. Вестник хирургии, № 4, 1948.

Поступила 4 октября 1957 г.

СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕНИЯ ПОДВИЖНОЙ СЛЕПОЙ КИШКИ В ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕ

Врач Ф. М. ХАЙБУЛЛИН

Из Набережно-Челнинской райбольницы Татарской АССР (зав. хирургическим отделением — заслуженный врач Татарской АССР П. С. Маматов)

Больной ребенок Мусагитов Василь, 3 лет, поступил в хирургическое отделение в 2 часа ночи 12/IX-57 г. с диагнозом: ущемленная левосторонняя пахово-мошоночная грыжа.

Страдает грыжей с трех месяцев жизни, были кратковременные ущемления, которые вправлялись самостоятельно.

10 сентября в 8 часов вечера внезапно появились резкая болезненность и рвота.

При поступлении жалобы на боли в левой половине мошонки, жажду и задержку стула, последний раз стул — 8 сентября.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура — 38,4, пульс ритмичный, 98 ударов в минуту. Язык обложен, сухой.

Живот несколько вздут. Активно участвует в акте дыхания, при пальпации левая паховая область и особенно мошонка — болезненны, в левой паховой области и мошонке определяется выпячивание овальной формы, размером 8 × 5, кожа над опухолью отечна, гиперемирована, блестяща, тимпанический звук при перкуссии. Произведена операция под местной анестезией по Вишневскому, разрезом параллельно левой паупартовой связке, на 1 см выше ее. Грыжевой мешок вскрыт, ущемляющее кольцо рассечено. В грыжевом мешке обнаружено около 30 куб. серозно-кровоянистой жидкости. Содержание мешка: слепая кишка с отростком, конечный отрезок подвздошной кишки. Червеобразный отросток без патологических изменений. Содержимое мешка вправлено в брюшную полость.

Выделение мешка затруднено спайками, в связи с этим ограничили выделением шейки мешка и зашиванием кисетным швом изнутри. Операция закончена пластикой пахового канала по методу Жерара-Кимбаровского.

Послеоперационное течение гладкое, больной ребенок выздоровел, через 20 дней после операции больной здоров.