

нающими аппендицит, явлениями непроходимости, дизурией. Для третьего периода характерны такие осложнения, как кровотечение, перитонит, истощение.

Приводим наше наблюдение.

Б-ной Ч., 18 лет, доставлен 22/X-55 г. из районной больницы с диагнозом: «осумкованный перитонит?»

Жалобы на приступообразные боли в животе, тошноту, рвоту. Болен два месяца, лечился амбулаторно и стационарно в районной больнице.

Состояние удовлетворительное. Пульс — 76, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Легкие и сердце — без отклонений от нормы. Живот мягкий, безболезненный. Внизу и справа от пупка пальпируется продолговатая, подвижная опухоль 7×5 см, мягко-эластической консистенции. Печень и селезенка не увеличены.

Hb — 73%. РОЭ — 6 мм/час, Л. — 6800 (формула без особенностей). При анализе мочи отклонений от нормы не обнаружено.

Рентгенологическое исследование желудка и кишечника показало, что описанная опухоль отношения к этим органам не имеет.

С предположительным диагнозом кисты брыжейки 3/XI-55 г. под местной анестезией произведена нижняя срединная лапаротомия (Н. А. Колсанов). Между серозными листками брыжейки тонкого кишечника обнаружена множественная кистозная опухоль, основная масса которой занимает таз и интимно спаяна с тазовой брюшиной и сосудами брыжейки. Опухоль удалена. Послеоперационное течение гладкое.

Патогистологическое исследование. Среди умеренно развитой волокнистой соединительной ткани имеется множество мелких и крупных неправильной формы полостей. Внутри они выстланы одним слоем эндотелиальных клеток. В просвете некоторых полостей содержится свернувшаяся белковая масса с примесью отдельных лимфоцитов. В соединительной ткани много расширенных мелких кровеносных сосудов, встречаются мелкоочаговые кровоизлияния. Имеются очаги со скоплениями лимфоидных клеток. Диагноз: кистовидная лимфангиома (доц. Н. А. Ибрагимова).

ЛИТЕРАТУРА

1. Авидон Д. Б. Хирургия, 1956, 3. — 2. Жарова В. В. Сов. мед., 1954, 6. — 3. Кудиннов И. М. Вест. хир., 1956, 4. — 4. Филиппович А. А. Вест. хир., 1953, 2. — 5. Фейртаг Д. И. Вестн. хир., 1956, 4.

Поступила 27 мая 1959 г.

ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ САЛЬНИКА НА МЕСТЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА, ПЕРФОРИРОВАВШЕГО КИШЕЧНИК¹

А. Л. Аксельдорф

Куйбышевская городская центральная больница им. Н. И. Пирогова
(главврач — К. П. Жильцова)

Воспалительные опухоли сальника возможны в результате острой или хронической инфекции (брюшной тиф, туберкулез, сифилис) или на месте инородных тел, перфорировавших кишечник по типу пролежня. По Ю. Е. Березову, к 1946 г. в мировой литературе было описано всего 58 случаев образования подобных опухолей. В последующие годы в отечественной литературе мы нашли еще 4 сообщения (А. И. Новиков, В. К. Ефимов, Т. Н. Мордвинкина). Во всех приводимых в литературе случаях диагноз до операции не был установлен.

Приводим наше наблюдение.

Б-ная Г., 46 лет, поступила 21/VII 1958 г. с диагнозом «острый живот». Жалобы на боли в нижней половине живота, тошноту, рвоту. Больна 10 дней, в день поступления боли усилились.

Сложение правильное, упитанность удовлетворительная. Органы дыхания и сердечно-сосудистая система — без отклонений от нормы. Пульс — 86, хорошего наполнения, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, напряжен во всех отделах. По средней линии живота от пупка до лобка имеется послеоперационный рубец, не спаянный с подлежащими тканями. (В 1951 г. правосторонняя тубэктомия по поводу внематочной беременности.) В верхнем отделе рубца, на 3 см ниже пупка, отмечается уплотнение размерами $2 \times 1,5$ см, резко болезненное при пальпации. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Л. — 9 500.

¹ Доложено на 262 заседании Куйбышевского областного хирургического общества 14/X 1958 г.

Диагноз: ущемленная послеоперационная вентральная грыжа.

Срочная операция под местной анестезией. При ревизии брюшной полости обнаружено, что большой сальник у места прикрепления в поперечно-ободочной кишке в среднем ее отделе образует опухоль величиной с мужской кулак. У места прикрепления опухоли к стенке кишки последняя инфильтрирована на участке $1,5 \times 1$ см. В центре инфильтрата звездчатый белесоватый рубчик. При надавливании на опухоль сальника из нее выделяется гной. Опухоль удалена. Инфильтрированный участок стенки поперечно-ободочной кишки перитонизирован.

Удаленная опухоль размерами $8 \times 6 \times 3$ см, эластической консистенции. В центре опухоли — очаг размягчения, заполненный гноем, в котором обнаружена плодоножка вишни размерами $3 \times 0,3$ см.

Послеоперационный период протекал гладко. На 10-й день в хорошем состоянии больная выписана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Ю. Е. Вopr. хирургии войны и абдоминальной хирургии, Горький, 1946. — 2. Ефимов В. К. Хирургия, 1953, 4. — 3. Мордвинкина Т. Н. Вестн. хир., 1957, 6. — Новиков А. И. Хирургия, 1952, 11.

Поступила 7 апреля 1959 г.

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЯЗВЕННЫХ ПРОКТИТОВ

Асс. Т. А. Шельганова

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. А. И. Кожевников)
Горьковского медицинского института

В конце прошлого столетия появился ряд предложений лечить не поддающиеся консервативному лечению проктиты хирургическим путем — наложением кишечного свища на S-образную кишку или на червеобразный отросток с последующим промыванием растворами таннина и марганцевокислого калия. Однако не всегда такая методика давала успешные результаты, и она постепенно была забыта. В последнее время отдельные отечественные хирурги вновь стали ее использовать, применяя для промывания толстой кишки фитонциды. Так, А. И. Толченев (Арзамас) сообщил о 6 наблюдениях применения этого метода с хорошим результатом.

Приводим наше наблюдение.

Б-ная Н., 33 лет, поступила 15 февраля 1951 г. с жалобами на частые позывы к дефекации, задержку газов, выделение с калом большого количества сукровичного отделяемого, плохой аппетит, общую слабость, похудание.

Больной себя считает с 17/1-51 г., когда впервые заметила сукровичное отделяемое из заднего прохода, появились частые позывы на дефекацию. Через две недели обратилась в участковую больницу, где была госпитализирована. Лечили таблетками и вводили свечи в прямую кишку. Улучшения не было. Через 7 дней больная была направлена в районную больницу, откуда и поступила в хирургическую клинику.

Отмечается резкое истощение. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не отмечено. Живот втянут, дряблый, участвует в акте дыхания, болезненный. Печень и селезенка не прощупываются.

Через задний проход палец проходит свободно, без болей. Резкая болезненность при исследовании прямой кишки. На пальце при удалении его из прямой кишки видны прожилки крови и слизи. Опухоли не обнаружено.

Ректоскопия: ректоскоп введен на 20 см, через него выделяется обильная кровянистая жидкость с примесью слизи и гноя. Слизистая прямой и сигмовидной кишки отечна, резко гиперемирована, имеются множественные поверхностные язвы от 0,5 до 1 см в диаметре, дно которых покрыто фибринозными пленками.

Диагноз: подострый язвенный проктит.

Исследование содержимого кишечника на яйца глист, простейшие, дизентерийные палочки показало отрицательные результаты. RW отрицательна.

Консервативное лечение с соблюдением постельного режима и диеты в течение месяца результатов не дало.

23 марта 1951 г. косым разрезом в правой подвздошной области вскрыта брюшная полость (проф. А. А. Ожерельев). Удален тонкий, облитерированный червеобразный отросток, на основании его наложена стома. В дальнейшем ежедневно проводилось обильное промывание толстого кишечника теплым физиологическим раствором с чесночным экстрактом (20 капель на 1 литр). Промывания были начаты