

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 кровавистая 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

через два дня после наложения свища и продолжались ежедневно в течение трех недель. За это время быстро исчезли частые позывы на дефекацию, прекратились выделения крови, слизи и гноя, кал стал оформленным. Ректоскопия показала исключительный лечебный эффект: исчезли отек и гиперемия слизистой, эрозий не обнаружено, на месте бывших поверхностных язв — тонкие рубцы.

Большая прибыла в весе. Самочувствие резко улучшилось. Стул полностью оформленный. Выписана в удовлетворительном состоянии с самопроизвольно закрывшимся свищем.

Осмотр через 7 лет 8 мес. Жалоб никаких не предъявляет. Выделений из заднего прохода крови, слизи и гноя нет. Стул всегда оформленный 1—2 раза в день. Диеты не соблюдает.

За этот промежуток времени имела 4 родов. Сейчас имеет беременность 13—14 недель. Выполняет все виды физической работы.

При ректоскопии слизистая нормальной окраски и имеет обычный рисунок.

Как видно из приведенного наблюдения, среди различных методов лечения язвенных проктитов промывание толстого кишечника через кишечный свищ может обоснованно найти свое применение.

Поступила 5 октября 1959 г.

К КАЗУИСТИКЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ГЕАНГИОМ

Канд. мед. наук В. А. Сабурова

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин)
Казанского медицинского института

Гемангиомы являются врожденными опухолями. Наиболее частая их локализация на местах эмбриональных расщелин — на губах, щеках, стенках полости рта. Они увеличиваются в детстве, затем рост их замедляется; особенностью роста является увеличение основной опухоли за счет ее сосудов, а не окружающих тканей.

Развитие гемангиом возможно во всех органах и тканях, за исключением роговой оболочки и хряща. Пол не играет роли в их развитии.

Дифференциальный диагноз гемангиом необходимо проводить с нейрофиброматозом, ксантомой, дерматозом Боуена, меланомой, саркомой Капоза, ангиосаркомой и саркомой кожи.

Пещеристые гемангиомы языка следует отличать от рака, при котором наблюдаются плотный инфильтрат и увеличение лимфатических желез. Саркома языка рано изъязвляется, быстро растет, его многобластомы представляют небольшие опухолевидные узелки или бляшки с ороговением.

Лечение поверхностно расположенных ангиом производится лучами Рентгена или прижиганием едкими кислотами и углекислотой. Ограниченные опухоли иссекаются после предварительного обкалывания и обшивания сосудов, иногда производится впрыскивание в сосуды алкоголя, под влиянием которого образуются тромбы и запускание ангиом. Пещеристые ангиомы могут быть иссечены, при ветвистых производится перевязка главных питающих стволов, хотя это дает и временный успех. За последние годы применяют лечение радиоактивным фосфором.

Ввиду редкости множественных гемангиом туловища приводим наше наблюдение.

Б-ной К., 51 года, поступил 6/X-59 г. с жалобами на множественные опухоли в области туловища, шеи, языка и прямой кишки. В 1943 г. врачи военной комиссии обнаружили опухоль на тыле левой стопы, которая появилась, по словам больного, в детстве. Ему была предложена операция. Через 6 мес. после операции больной заметил две опухоли на правом крае языка и одну — на левом, они постепенно увеличивались в размере. В начале 1958 г. появились две опухоли на передней поверхности шеи, в левой подмышечной области и на правой лопатке. В 1959 г. появилось множество пятен фиолетового цвета на груди и спине, не причинявших беспокойств, поэтому к врачам не обращался. В августе 1959 г. больного начал беспокоить «геморрой» — это вынудило его обратиться к врачам. Из перенесенных заболеваний отмечает лишь малярию, наследственность здоровая, подобных опухолей в семье не помнит, не курит, вино употребляет редко.

Больной среднего роста, правильного телосложения, видимые слизистые нормальной окраски, лимфатические железы не



Рис. 1.