

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 свищом.

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 мнлобластомы 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 запустевание 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. больной 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.

увеличены. На правом крае языка две опухоли величиной с лесной орех, темно-фиолетового цвета, безболезненные, мягкие. По левому краю аналогичная опухоль величиной с горошину. Четвертая опухоль на передней поверхности шеи справа у места прикрепления грудино-ключично-сосковой мышцы величиной с голубиное яйцо; пятая — с копеечную монету, расположенная несколько ниже четвертой; шестая — в левой подмышечной области, размером с лесной орех; на правой лопатке — седьмая опухоль величиной с фасоль.

Все опухоли при давлении уменьшаются, затем появляются вновь. Кроме того, имеется множество темно-фиолетовых пятен на груди и спине размером от чечевицы до горошины.

Границы сердца увеличены влево, тоны приглушены, пульс — 67 ударов, хорошего наполнения. Резко выраженная эмфизема легких. Печень и селезенка не увеличены. В прямой кишке на глубине 4—5 см два венозных узла величиной с вишню, по характеру напоминающие опухоли тела.

Hb — 79%, Л — 7 500, э. — 5%, п. — 5%, с. — 67%, л. — 18%, м. — 5%, РОЭ — 21 мм/час, RW отрицательная, АД — 140/70. В моче изменений нет. При рентгеноскопии желудка и пищевода изменений не обнаружено. Эмфизема легких, сердце умеренно расширено влево, усилена тень аорты. При рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника и левой стопы на месте удаленной опухоли изменений не обнаружено. При ректоскопии кишечника, кроме двух венозных узлов, описанных выше, изменений на слизистой кишечника не найдено.

Больному произведена операция удаления узлов опухоли прямой кишки, которая больше других его беспокоила. От удаления других узлов пока решено воздержаться.

Патологистологическое исследование опухоли. В подслизистой видны полости различной величины, выстланные эндотелием и наполненные кровью. Стенки полостей состоят из соединительной ткани, среди которой видны сосуды.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кондрашин Н. И. *Вопр. онкологии*, 1959, 1. — 2. Он же и Сапелкина и И. М. Там же. — 3. Корман И. Е. *Гемангиомы*, Одесса, 1913.

Поступила 31 декабря 1959 г.

### СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ATRESIAE ANI VESTIBULARIS

*Доцент В. Н. Помосов, орд. С. М. Муталибов*

Кафедра хирургии (и. о. зав. — доц. В. Н. Помосов) Казанского ГИДУВа и хирургическое отделение (начальник — А. С. Кирик) Казанской железнодорожной больницы

П., 27 лет, поступила 7/II 1955 г. с жалобами на недержание кала и газов во время ходьбы и физического напряжения, ночное недержание мочи и на выделение кала через влагалище. Большой себя считает с рождения.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости отклонений от нормы нет. Грудные железы развиты нормально. Рост волос на лобке по женскому типу. Большие и малые половые губы развиты нормально. Область клитора и наружного отверстия мочеиспускательного канала также развиты нормально. На задней стенке влагалища, на расстоянии 1,5—2 см от задней спайки больших губ, открывается отверстие, пропускающее кончик указательного пальца; из отверстия выделяется кал; впереди иверху от него имеются другие два отверстия, разьединенные по средней линии перегородкой. Эти отверстия представляют вход во влагалище.

Влагалище двойное, разьединенное указанной выше перегородкой. Длина каждого — 5—6 см. Имеются две шейки матки и две матки, наклоненные вперед, подвижные, по величине в пределах нормы. Придатки не определяются. Анальное отверстие на промежности отсутствует. На обычном месте заднего прохода — несколько втянутая кожная складка.

В моче много лейкоцитов. Со стороны крови отклонений от нормы нет.

Хромоцистоскопия: резко выраженная гиперемия, отек всей слизистой мочевого пузыря с большим количеством фибриновых пленок. Внутривенно введенный индигокармин показался из обоих устьев на 12-й минуте интенсивно окрашенной струей.

На пиелограмме определяются пиелэктазия и уретерэктазия справа.