

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. Нерезко 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 — 7500, 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. 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. Книрик) 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. Больной 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 развита 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 и вверх от него имеются другие два отверстия, разведенные по средней линии перегородкой. Эти отверстия представляют вход во влагалище.

Влагалище двойное, разведенное 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.

Рентгенограмма пояснично-крестцового отдела позвоночника: дистальная половина копчика отсутствует.

Больная демонстрирована в Казанских акушерско-гинекологическом и хирургическом научных обществах.

Под местной анестезией по А. В. Вишневскому произведена операция (доцент В. Н. Помосов).

Разрез по средней линии промежности от задней спайки больших половых губ в направлении к крестцу длиной 10—12 см. Рассечены кожа, подкожная клетчатка и поверхностная фасция. Частично острым, частично тупым путем отпрепарована прямая кишка сзади почти до брюшины малого таза. Затем со стороны входа во влагалище надсечена слизистая вокруг противоестественного анального отверстия. Прямая кишка отпрепарована от окружающих частей (влагалища) почти до дна заднего дугласова кармана. Таким образом мобилизован дистальный отрезок прямой кишки на протяжении 10—12 см. После этого указанный отрезок прямой кишки низведен на промежность, проведен между мышечными волокнами поверхностно лежащей и хорошо развитой поперечной промежностной мышцы и циркулярно узловатыми швами шит в отверстие, образованное в области втянутой кожной складки промежности. Раны слизистой влагалища и кожи ушиты узловатыми швами. В просвет прямой кишки введен тампон с мазью Вишневского.

Послеоперационный период протекал гладко. Стул искусственно задерживался в течение 5 дней. В течение 8 суток мочу спускали катетером. На 9-й день сняты швы, причем оказалось, что некоторые швы прорезались и часть ректальной стенки на несколько миллиметров отошла от кожи.

Больная выписана на 51 день. При выписке промежностная рана зажила первичным натяжением. В задней части заднепроходного отверстия — небольшая гранулирующая поверхность. На остальных местах слизистая прямой кишки приросла к коже хорошо. Анальное отверстие несколько зияет, введенный в прямую кишку палец ощущает сжатие. Больная хорошо удерживает газы и кал.

Поступила 12 ноября 1959 г.

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АТРЕЗИЙ АНАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Канд. мед. наук Ю. И. Малышев

Клиника госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев)
Куйбышевского медицинского института

Врожденные уродства прямой кишки и заднего прохода встречаются относительно редко (1:5 000—10 000 новорожденных). Различают полные атрезии и атрезии со свищем. Развитие новорожденного в таких случаях возможно, если оперативное вмешательство произведено в первые сутки или если атрезия сочетается с аномалией кишечного отверстия, обеспечивающего достаточное опорожнение кишечника. Известны только единичные случаи описания подобных аномалий у взрослых (Н. И. Тихов, А. Г. Бржозовский). В связи с этим приводим наше наблюдение.

Б-ная С., 21 года, поступила 28/XI 1958 г. с диагнозом «атрезия заднего прохода». С рождения опорожняет прямую кишку через влагалище, кал и газы не удерживает. Позывы на дефекацию сохранены.

Менструации регулярные, по три дня. Начало половой жизни в возрасте 21 г. Беременностей не было.

Внутренние органы без патологии.

Позади влагалища совершенно гладкая кожа. При механическом раздражении кожи ягодиц на месте ануса заметен не резко выраженный анальный рефлекс (кожа анальной области собирается в легкие складки). Это позволило сделать вывод о присутствии наружного сфинктера; наружное отверстие прямой кишки расположено в ладьевидной ямке преддверия влагалища. Через это отверстие в просвет кишки свободно входит указательный палец. При ощупывании анальной области двумя пальцами, один из которых введен в просвет прямой кишки, а другой расположен на коже, протяженность атрезии определяется в 2—3 см. Диагноз — *atresia ani vestibularis* с явлениями недержания кишечного содержимого.

Операция 8/XII 1958 г. под эфирно-кислородным наркозом (Ю. И. Малышев). Вертикальным разрезом рассечены задняя спайка больших срамных губ, промежность и передняя полуокружность наружного сфинктера, волокна которого оказались слабо выраженными. Прямая кишка циркулярным разрезом отсепарована от окружающих тканей и задней стенки влагалища на глубину в 5 см. Дистальный отдел задней стенки влагалища восстановлен двухрядным кетгутowym швом. Прямая кишка вшита в кожную рану промежности узловыми шелковыми швами. Промеж-