

Состояние больного средней тяжести; кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пульс 100, удовлетворительного наполнения. АД 110/65. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые. Живот мягкий, безболезненный.

Э.— 4 470 000, Л.— 7200, п.— 2%, с.— 62%, л.— 30%, м.— 6%, РОЭ — 47 мм/час. Моча: уд. вес 1010, белок — следы, лейкоциты — 2—4, эритроциты — сплошь в поле зрения.

Предварительный диагноз: грипп.

С 3/X температура нормализовалась. В последующие дни у больного появились тупые боли в поясничной области справа. Общее состояние не улучшилось. РОЭ осталась высокой, микрогематурия не прекращалась. На 15-й день заболевания стал пальпироваться плотный, слегка бугристый умеренно болезненный край печени и нижний полюс правой почки.

На обзорном снимке почек выявлена кольцевидная тень диаметром до 10 см, толщиной 2 мм, располагающаяся между 10—12-м ребрами. Возникла необходимость в дифференциальной диагностике между опухолью и эхинококком правой почки и печени.

При хромоцистоскопии индигокармин из правой почки не выделяется. На внутривенных урограммах констатировано полное отсутствие выделительной функции правой почки. В левой почке патологических изменений не найдено.

Для уточнения локализации кольцевидной тени и состояния правой почки произведена ретроградная уретеропиелогрфия с пресакральным пневмоперитонеумом. На рентгенограммах выявлен большой дефект в области лоханки с изъеденными контурами, удлинение шейки нижней чашечки, смещение лоханки и мочеточника влево. Затекание контраста в кольцевидной тени не обнаружено. Линия псоуса не определяется. Имеется гомогенное затемнение за счет новообразования, нижний контур которого проецируется на уровне 4-го поясничного позвонка.

Диагноз: опухоль правой почки.

6/XII под интубационным обезболиванием произведена нефрэктомия. Установлено наличие метастазов в печени. Почки размерами 25×17×10 см, бугристая, хрящевидной консистенции. На разрезе полостная система почки инфильтрирована и замещена коричневатой опухолевой тканью. Верхний полюс почки по периферии обызвествлен, в центре его — распад.

Гистологически установлена папиллярная аденокарцинома. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

УДК 616—007

В. А. Баскаков и Б. И. Зак (Казань). Левосторонний аппендицит при обратном расположении внутренних органов

Левосторонний аппендицит — чрезвычайно редкая патология в ургентной хирургии. Он встречается при дистопии толстого кишечника и при обратном полном расположении внутренних органов. На 4019 аппендэктомий, произведенных с 1964 по 1967 г. в отделении неотложной хирургии 12-й гор. больницы г. Казани, левосторонний аппендицит встретился лишь однажды. Приводим наше наблюдение.

Н., 51 года, поступила в отделение неотложной хирургии 1/VII 1967 г. в 13 час. 30 мин. с диагнозом «острый аппендицит?». Считает себя больной с 29/VI, когда внезапно появились ноющие боли по всему животу, которые постепенно усиливались, и тошнота.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 78, хорошего наполнения и напряжения, температура 37°, АД 140/85. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, прослушиваются справа. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, несколько болезненный в левой подвздошной области. Симптомы Щеткина, Раздольского отрицательны.

Из анамнеза выяснилось, что у больной при обследовании в 1960 г. была обнаружена декстракардия. Через сутки с момента поступления появилось мышечное напряжение передней брюшной стенки слева и слабо выраженный симптом Щеткина.

2/VII произведена аппендэктомия под местной анестезией. Брюшная полость вскрыта в левой подвздошной области. В рану предлежит слепая кишка с медиально расположенным деструктивным червеобразным отростком. На 9-е сутки после аппендэктомии Н. выписана в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.366—003.7—616.366—006

А. Н. Рябов (Бавлы). Сочетание рака желчного пузыря с желчекаменной болезнью

Ш., 65 лет, поступила в хирургическое отделение Бавлинской центральной больницы 30/IX 1967 г. с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, похудание, наличие прощупываемой опухоли в верхней части живота. Считает себя больной с 1966 г.

Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, АД 140/90, пульс 72. Живот мягкий, безболезненный. Справа в подреберье определяется опухоль продолговатой формы, плотная, подвижная, величиной с кулак взрослого человека,

спускающаяся в правую подвздошную область. Печень и селезенка не увеличены. Предоперационный диагноз — неоплазма желчного пузыря (?).

11/X 1967 г. произведена операция (А. Н. Рябов) под местной анестезией. Желчный пузырь резко увеличен, перерастянут. В области перешейка на передней поверхности пузыря плотная бугристая опухоль с грецкой орех. Вокруг опухоли — инфильтрация стенки пузыря. Область дна пузыря и пузырного протока опухолью не занята. Опухоль прорастает внутрь желчного пузыря и закрывает выход из него. Печень цирротически изменена, уменьшена. В общем желчном протоке конкрементов нет. После наложения кисетного шва произведена пункция желчного пузыря и добыто около 250 мл гноя. В пузыре прощупывается камень величиной со сливу. Желчный пузырь удален вместе с опухолью. Раневая поверхность печени закрыта салынком. К ложу желчного пузыря подведена резиновая трубка и 2 турунды. Послеоперационный период протекал сравнительно гладко. 28/X 1967 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Кусочек опухоли был послан на гистологическое исследование в Казанский онко-диспансер. Гистологический диагноз — рак желчного пузыря.

В настоящее время больная чувствует себя хорошо, выполняет домашнюю работу.

УДК 616—006.311—616.383—616.343

З. С. Дроздова и В. Р. Исаев (Куйбышев-обл.). Гемангиома брыжейки тощей кишки

М., 62 лет, поступил в хирургическое отделение 6/VII 1966 г. в 3 часа с жалобами на резкие боли внизу живота, позывы на мочеиспускание и стул. Заболел внезапно около часа назад. Направлен с диагнозом «острый аппендицит».

Общее состояние удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/60. Живот вздут, резко болезнен над лобком и в правой подвздошной области. Здесь же отмечается напряжение мышц. Положительные симптомы Щеткина — Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга, Ситковского. Больной перенес пневмонию, очаговый туберкулез легких, гоноррею. Месяц назад лечился в стационаре по поводу желудочно-кишечного кровотечения неизвестной этиологии. В последующем отмечались боли по ходу левого мочеточника и над лобком, задержка мочеиспускания. Моча без особенностей.

Явления перитонита нарастали, но только через 16 часов после госпитализации больной был оперирован. Вначале произведен аппендикулярный разрез по Мак-Бурнею. При вскрытии брюшной полости излилось несколько миллилитров крови. Удален забитый каловыми камнями, но макроскопически мало измененный червеобразный отросток. Больному дан эфирно-кислородный масочный наркоз и произведена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости найдено богатое сосудами кровотока опухлевидное образование в брыжейке тощей кишки. Оно прорастало стенку кишки и частично сдавливало ее просвет. Размеры опухоли — $10 \times 10 \times 5$ см, внешне она очень похожа на гемангиому. Произведено ее удаление с резекцией 15 см кишки и наложением анастомоза конец в конец. Из брюшной полости удалено около 500 мл жидкой и со сгустками крови, после чего операционные раны послойно ушиты наглухо. Через микроирригатор в правой подвздошной области в брюшную полость введен стрептомицин и пенициллин.

Опухоль на разрезе состоит из полостей, заполненных кровью. В месте соприкосновения с ней слизистая кишки не изменена, обычного цвета и строения, на ней отчетливо видно отверстие 0,1 см в диаметре, через которое зонд проходит в удаленное образование. На передней поверхности его обнаружен варикозно расширенный и разорванный венозный сосуд, который и был источником кровотечения в брюшную полость. Гистологический диагноз: гемангиома брыжейки, сообщающаяся с просветом тощей кишки.

Послеоперационный период протекал без особых осложнений. М. выписан 26/VII 1966 г.

УДК 616—089.888.15

К. В. Воронин и И. И. Фрейдлин (Казань). О лечении шеечной дистонии

Под шеечной дистонией понимают осложнение в родах, заключающееся в замедлении или отсутствии раскрытия маточного зева при наличии выраженной родовой деятельности. Различают две формы шеечной дистонии: пассивную (ригидность зева), обусловливаемую морфологическими изменениями, и активную (спазм зева), в основе которой лежит дискоординация родовой деятельности. Как правило, эти формы дистонии изолированно не существуют.

Мы наблюдали 57 женщин с дистонией шейки матки, из них у 23 были вызванные и у 34 спонтанные роды. У 15 женщин выявлена ригидность зева, у остальных — спазм.

Для вызывания родов использованы методы Г. М. Шарафутдинова (284 наблюдения), М. Е. Бараца (140) и метод внутривенного введения окситоцина (60); шеечная дистония наблюдалась соответственно у 8, 7 и 8 женщин. Следует подчеркнуть, что