

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