

риальным лимфаденитом и ошибочно оперированных нами с диагнозом хронического аппендицита, поскольку дети жаловались на схваткообразные кратковременные боли в животе, плохой аппетит, периодические запоры или поносы при нормальной температуре.

При операции, как правило, обнаруживались резко увеличенные мезентериальные лимфоузлы с гистологическими изменениями типа хронического неспецифического воспаления (гиперплазия фолликулов, расширение краевых и промежуточных синусов, десквамация эндотелия, утолщение капсулы и развитие элементов соединительной ткани). В червеобразных отростках не обнаружено каких-либо морфологических изменений. Следовательно, при аппендэктомиях по поводу хронического аппендицита у детей, когда отросток оказывается неизмененным, необходимо тщательно осматривать брыжейку и ее корень.

К. П. Кузьмин (Остров). К казуистике торако-абдоминальных ранений

Комбинированные ранения грудной и брюшной полостей относятся к наиболее тяжелым травмам.

Клиническая картина их отличается сложностью и разнообразием, так как включает симптомы со стороны органов грудной, брюшной полости, диафрагмы и развивается на фоне шока и коллапса.

Этим можно объяснить тот большой процент диагностических ошибок, который наблюдался в период минувших войн и, по-видимому, продолжает иметь место в практике мирного времени при распознавании подобных ранений.

Наше наблюдение касается 6-ного Ф., 48 лет, получившего в марте 1958 г. ножевое ранение в область 9-го межреберья по лопаточной линии левой половины грудной клетки. Вскоре после травмы в участковой больнице произведена обработка раны, наложены швы, и через 6 часов после ранения больной доставлен в хирургическое отделение районной больницы г. Острова.

Состояние тяжелое; он беспокоен, жалуется на боли в левой половине грудной клетки и в верхнем отделе живота. Неоднократная рвота цвета «кофейной гущи». В окружности ранее ушитого раневого отверстия — умеренно выраженная подкожная эмфизема. Пульс — 115, ритмичен, среднего наполнения. АД — 135/100. Границу сердца слева определить не удается из-за тимпанита. Правая граница — на 2 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко приглушены на верхушке, но отчетливо выслушиваются в других точках. Перкуторный звук над легкими справа — легочной, слева по передней поверхности — с тимпаническим оттенком, в заднебоковых отделах укорочен. Дыхание справа — везикулярное, слева — ослабленное, жесткое. Язык влажный. Живот правильной формы, несколько втянут. В акте дыхания заметно отставание верхнего отдела живота, где отмечается напряжение мышц брюшного пресса. Симптомы раздражения брюшины выражены неубедительно. Кишечные шумы звучные, обычной интенсивности, прослушиваются даже со стороны грудной клетки слева от мечевидного отростка.

Срочно под местной анестезией верхне-срединным разрезом вскрыта брюшная полость (К. П. Кузьмин). Рукой, подведенной под левый купол диафрагмы, удалось установить, что в последней имеется дефект, выполненный выпавшими в плевральную полость брюшными органами (дно желудка, селезеночный угол ободочной кишки, петли тонкого кишечника).

Пришлось перейти на эфирный наркоз и произвести дополнительный разрез по краю левой реберной дуги, что позволило извлечь выпавшие в плевральную полость ущемившиеся в раневом отверстии диафрагмы органы брюшной полости и осмотреть купол диафрагмы. Рана диафрагмы размером 6×5 см располагалась в верхне-заднем ее отделе. Через рану из плевральной полости выделилось большое количество крови и желудочного содержимого.

Рана желудка, размером 3×1 мм, располагалась по большой кривизне, несколько выше места прикрепления селезеночно-желудочной связки. Раневое отверстие ушито двухрядными швами.

На рану диафрагмы удалось наложить отдельные шелковые швы. В брюшную полость введены антибиотики. Рана брюшной стенки послойно ушита наглухо.

Послеоперационный период осложнился гемоплевритом. Выписан на 33 день после поступления в хорошем состоянии.

Осмотрен через 3 месяца. Жалоб не предъявляет. Работоспособен. При рентгенокопии органов грудной клетки выявлены незначительные плевральные наслоения в нижне-боковых отделах левого легкого.

Примененный нами хирургический доступ, разработанный и предложенный А. Н. Мачабели (Хирургия, 1957, прилож., стр. 78) при левосторонних диафрагмальных грыжах, рекомендован и при левосторонних торако-абдоминальных ранениях. Однако число применений его в острых случаях указанных ранений сравнительно невелико, и потому мы полагаем, что наше наблюдение заслуживает опубликования.