

ОТДЕЛ III. ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Хирургич. отделения Златоустовской городской больницы им. Октябрьской революции.

Резекция толстых кишек по поводу непроходимости и суб- тотальная резекция желудка по поводу рака у одного и того же больного.

Ю. Б. Багрова.

Больная Луз-а, вдова, 51 года, мать рабочего Квалимских печей, поступила в терапевтическое отделение Златоустовской городской больницы им. Октябрьской революции 17 апреля 1930 г. (ист. бол. № 2695). Направлена по поводу семидневной задержки стула и газов. До этого часто бывали боли в подложечной области и чувство тяжести после еды. Настоящее заболевание развилось сразу.

Больная правильного телосложения, очень истощена, цвет кожи имеет несколько землистый оттенок. Тоны сердца глухи, границы не распирены, пульс 76 уд. в 1'. Выражение лица страдальческое. Живот резко вздут, брюшное дыхание отсутствует, видимой перистальтики нет. При ощупывании живот сильно, равномерно напряжен, болезнен. Перкуторный тон всюду тиманический.

Предложена экстренная операция, на которую больная сразу согласилась. *Операция:* Прямой разрез, заходящий выше пупка. Петли тонких кишек синюшны, раздуты, невероятно раздута слепая кишка: извлеченная сразу из брюшной полости, она представилась в виде шара величиной по крайней мере с голову. Раздута и восходящая кишка и поперечная до селезеночной кривизны, которая перетянута прочной спайкой, идущей от верхнего отдела большой кривизны желудка. Желудок поражен раковой опухолью, занимающей тело, но переходящей на дно и кард. часть. В 6-ом салышке много увеличенных плотных желез.

Ввиду наличия значительных изменений в раздутых толстых кишках (сероза во многих местах лопнула, имеются желтые пятна)—произведена резекция на протяжении от конеч. части подвздошной кишки до начала нисходящей. Весь большой салышник и месосолон также иссечены. Культи нисходящей ободочной закрыты, рассеченная подвздошная кишка вшита в S-образную кривизну. Состояние больной, ослабленной длительной непроходимостью, не позволило одновременно произвести иссечение желудка. Брюшная полость закрыта, в клетчатку дренажи. Операция длилась 45 мин.

Послеоперационный период без осложнений. Рвоты не было. Стул—на третий день. Села—на шестой день. Больная выписана 28 апреля, через одиннадцать дней после операции, с зажившей раной. Предложено явиться для осмотра.

17 мая больная принята в хирургическое отделение для операции по поводу рака желудка (ист. бол. № 800). *Операция 20 мая.* Разрез Бивена левый. Желудок только в препилорической части свободен от опухоли. Он представляется почти несдвигаемым благодаря обширным спайкам с петлями тонких кишек и поджелудочной железой. Разделение этих спаек представляло довольно значительные трудности. Однако желудок все же удалось мобилизовать. После пересечения нач. части двенадцатиперстной кишки культи ее закрыты. Желудок приподнят вверх и уже без особых затруднений выделен весь, причем вместе с ним уносится и малый салышник. Оказалось возможным оставить у входа в желудок часть его стенки шириной в $\frac{1}{2}$ снт. и небольшой участок в левом квадранте в виде языка шириной до полутора снт. Пищевод с этой частью желудочной стенки вшит в боковой разрез стенки петли толщей кишки. Между коленами подтянутой к пищеводу петли—анастомоз по Брауну. Операция длилась 2 ч. 30 мин.

Послеоперационный период осложнился повышением t^0 с третьего по пятый день при явлениях очаговой индурации нижней доли левого легкого. В дальнейшем протекал хорошо. Рвоты не было. В первые дни—якота. На завтра после операции начала пить небольшими глотками воду и чай. Солевые вливания и клизмы отменены по истечении 3 суток. Больная села через семь и встала через десять дней после операции. Рана зажила.

Все время у б-ой жидкий стул три-четыре раза в сутки и чаще. Если ей удается удерживать каловые массы 10—11 часов—они оформлены.

Малейшая погрешность в диете в смысле более обильной еды сразу влечет за собой сильные боли и чувство тяжести под ложечкой. Сухари, каши ест с десятих суток.

В настоящий момент—через три недели после операции больная совершает прогулки до полукилометра. 8 июня продемонстрирована на заседании научной ассоциации Златоустовского округа.

(Дегтянская больница, Козловского округа Ц. Ч. С.)

Случай хронической прогрессирующей инвагинации слепой кишки.

Врача Путилина.

Инвагинация кишек вследствие опухоли встречается нередко (особенно часто инвагинируется слепая кишка), но случаи хронической прогрессирующей инвагинации, мне кажется, есть явление далеко не частое, а поэтому я считаю возможным написать о наблюдавшейся мною хронической инвагинации на почве опухоли слепой кишки. В нашем случае дело идет о 65-летней больной, гр-ке с. Дмитриевская Челновая, Тамбовско-Пригородного района, Ков-е вой Е. (Ист. болезни № 137), поступившей к нам в больницу 24 апреля 1930 г. по поводу изнуряющих не прекращающихся поносов.

Внезапно, без видимых причин, полгода назад у больной появились схваткообразные колющие боли в правой подвздошной области. До этого момента К. была здорова. Приступ болей продолжался три дня и сопровождался поносом и рвотой. Одновременно с приступом болей в правой подвздошной области образовалась болезненная опухоль, которую больная легко сама прощупывала. После трехдневного пребывания в постели острота болей стихла, рвота прекратилась, а опухоль в правой подвздошной области осталась, хотя стала менее болезненной, и понос продолжался. В дальнейшем приступы болей стали через неопределенные промежутки времени повторяться, и больная заметила, что эти приступы сопровождаются продвижением образовавшейся опухоли вверх. Опухоль, продвигаясь выше, сзади себя оставляла свободное место. Спусти два-три месяца опухоль доползла до правого подреберья, а затем стала ползти поперек живота. Больная отмечает, что опухоль вначале была круглая, болезненная и лежала в правой подвздошной области, теперь же превратилась в безболезненный длинный «вал», легший поперек живота. Интересно отметить, что чем сильнее были приступы болей, тем заметнее для больной было продвижение опухоли. Все последующие, кроме первого, приступы болей рвотой не сопровождалась, а понос, начавшийся при первом приступе, продолжается непрерывно до сего дня. Больная все время безрезультатно лечилась амбулаторно в своей участковой больнице.

Общий анамнез без особенностей. Больная среднего роста, очень истощена. Подкожный жировой слой почти отсутствует. Видимые слизистые очень бледны. В легких непостоянные бронхиальные хрипы. Тоны сердца глуховаты.

Status specialis: Брюшная стенка очень дряблая. Через брюшные покровы видны контуры валовидной опухоли, которая лежит поперек живота, на уровне пупка. Иногда видно движение опухоли, подобное перистальтике кишечника. Опухоль имеет мягко-эластическую консистенцию, мало болезненна, хорошо подвижна, идет от правого до левого подреберья по ходу поперечной ободочной кишки, причем левый ее конец более плотен и прощупывается в форме круглой опухоли. Опухоль хорошо подвижна вверх и вниз; вырва левый конец опухоли продвигается на значительное расстояние и дает впечатление движения поршня в цилиндре. Влево опухоль мало подвижна и дает при продвижении ее влево болезненность в правом подреберьи. Исследование мочи уклонений от нормы не дало. Раздувание желудка и исследование желудка дало возможность сделать заключение, что опухоль лежит вне желудка. Больная имеет три-пять раз в день стул. Каловые массы жидки, имеют массу слизи и неизменных частичек пищи. Иногда стул состоял из одной слизи и не имел калового запаха.