

тельного, а также определить анатомические формы острого аппендициита.

ЛИТЕРАТУРА

Аминев А. М. Вест. хир., 1949, 3.—2. Греков И. И. Избр. труды, 1952.—3. Захаржевский В. П. Нов. хир. арх., т. 13 и 15.—4. Шамов В. Н. Вест. хир., 1953, 2.

Поступила 10 августа 1959 г.

РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Доц. Ш. Х. Байбекова

Из кафедры госпитальной хирургии № 1 (зав.—проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й гор. больницы (главврач — З. А. Синявская)

Разрыв поджелудочной железы при закрытых травмах живота в хирургической практике встречается редко. Исходя из этого, мы и решили опубликовать свое наблюдение.

Б-ной С., 29 лет, поступил в госпитальную хирургическую клинику в 7 час. 12/IX-58 г. с диагнозом «закрытая травма живота». Жалуется на боли по всему животу и затрудненное дыхание. Шесть часов тому назад получил удар в живот лебедкой. В здравпункте речного порта была произведена инъекция морфина.

Общее состояние больного тяжелое, стонет, придерживает руками живот. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Температура — 37°, пульс — 86, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 145/90. Органы грудной клетки без патологии. Язык влажный, не обложен. Живот нормальной конфигурации, верхний его отдел отстает в акте дыхания. В эпигастральной области кожные ссадины. При пальпации отмечаются напряжение передней брюшной стенки и разлитая болезненность в верхнем отделе. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Притупление в боковых отдалах живота не определяется. Печеночная тупость сохранена.

Нв.—95%, Л.—2400, с.—72,5%, п.—15%, л.—8,5%, м.—3,5%, клетки Тюрка — 0,5%. Моча без изменений.

Больному подкожно введена камфора и произведен двухсторонний шейный vago-симптический блок. Через час состояние ухудшилось. Было решено оперировать больного с предположительным диагнозом: повреждение внутренних органов живота.

Экстренная операция (Ш. Х. Байбекова). Брюшная полость вскрыта верхним срединным разрезом под эфирным наркозом. Свежая кровь в брюшной полости, под печенью в области желчного пузыря сгустки крови, поступающие через Винслово отверстие из полости сальниковой сумки. После обнажения области поджелудочной железы через желудочно-ободочную связку обнаружена обширная забрюшинная гематома, доходящая до диафрагмы и спускающаяся до корня брыжейки тонкого кишечника. В области тела поджелудочной железы имеется глубокий поперечный разрыв длиной 3 см. Ткань железы кровоточит. Забрюшинно идущие крупные сосуды не повреждены, но обнажены вследствие повреждения и отслойки брюшины гематомой. На стенке желудка и тонкого кишечника имеется множество подсерозных гематом. Других повреждений органов брюшной полости не обнаружено. После удаления сгустков крови произведена перевязка кровоточащих сосудов. Рана поджелудочной железы ушита кетгутовыми швами и перитонизирована местными тканями и кусочком свободного сальника. Ввиду невозможности полного гемостаза, в область поджелудочной железы подведены марлевая турунда и резиновый дренаж для введения антибиотиков. После орошения брюшной полости пенициллином и стрептомицином рана послойно зашита. Во время операции перелито 500 мл одногруппной консервированной крови.

13/IX — диастаза в моче 16 ед.; сахара в крови — 124 мг%. В послеоперационном периоде больной получал сердечные, антибиотики, наркотики, подкожные вливания жидкостей. Послеоперационный период протекал тяжело, с высокой температурой. Из раны выделялось значительное количество мутной кровянистой жидкости. В дальнейшем начали отторгаться кусочки некротизированного сальника и мышечной ткани. На 25-й день после операции появилось профузное желудочное кровотечение, которое повторялось в течение 4-х дней. Больной ослаб, развились симптомы острой анемии. В этом периоде диастаза в моче снижалась до 2-х ед. После внутривенного введения раствора кальция, инъекций викасола, эрготина и повторных переливаний крови кровотечение прекратилось. Некротические ткани постепенно отторглись, рана очистилась, хорошо заэпителилизировалась, но в центре ее осталось небольшое свищевое отверстие, через которое выделялась светлая прозрачная жидкость — панкреатический сок. Диастазы в этой жидкости определялось 250 ед. Вначале после операции количество панкреатического сока достигало 400 мл. После приема белково-жировой диеты с

ограничением углеводов, употребления двууглекислой соды внутрь, применения мясного фарша местно на область свища количество панкреатической жидкости уменьшилось до 200 мл.

Ввиду незакрытия свища 23/I-59 г. больной заочно консультирован с проф. П. В. Кравченко. Было рекомендовано применять глубокую рентгенотерапию. Под наблюдением проф. М. И. Гольдштейна с 12/II-59 г. больной принял курс глубокой рентгенотерапии. Облучение проводилось дробно, малыми дозами до 100 г на сеанс с промежутками в 4—7 дней. Суммарная доза доведена до 480 г. 21/II свищевое отверстие закрылось. Появились боли в животе. Через 3 дня свищ вновь открылся. По вторично свищ закрылся 6/III-59 г. и больше не открывался. Больной выписан в удовлетворительном состоянии, никаких жалоб не предъявляет. Рана зажила вторичным натяжением с частичным расхождением прямых мышц живота. Больному рекомендовано ношение брюшного бандажа.

Наш больной был демонстрирован на заседании хирургического общества г. Казани. Проф. П. В. Кравченко рекомендовал в подобных случаях зашивать рану поджелудочной железы шелком и перитонизировать ее свободным сальником, а на ножке. Такая методика рассчитана на быстрое и полное заживление раны поджелудочной железы, что может предотвратить возникновение различных осложнений и, в частности, образование панкреатического свища.

Поступила 23 июня 1959 г.

СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕННОЙ СЕДАЛИЩНОЙ ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЕННОГО

Л. Г. Сафина

Из кафедры хирургии детского возраста (зав.—доц. И. Ф. Харитонов) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Седалищная грыжа встречается крайне редко. А. П. Крымов в своей монографии «Учение о грыжах» приводит данные о 30 случаях седалищной грыжи. После А. П. Крымова в отечественной литературе описано 4 случая седалищной грыжи у взрослых.

Наше наблюдение касается новорожденного мальчика, который родился 31/X-58 г. с весом 3250 г от здоровых родителей, а 31/XI-58 г. поступил в детское хирургическое отделение. Как выяснилось, сейчас же после рождения видимых уродств не было обнаружено, а обращала внимание лишь некоторая общая вялость ребенка. На второй день состояние ребенка ухудшилось, температура повысилась до 38°, появились вздутие живота, напряжение брюшных мышц, рвота. Стул и мочепускание были в норме. При тщательном осмотре врач-педиатр обнаружил в области правой ягодицы припухлость, принял ее за воспалительный инфильтрат и назначил мазевой компресс и пенициллин внутримышечно.

2/XI был вызван консультант — хирург, который поставил диагноз: «грыжа грушевидного отверстия», но операцию не рекомендовал. Состояние ребенка ухудшилось, вздутие живота нарастало, газы не отходили, рвота носила каловый характер.

При поступлении состояние ребенка было крайне тяжелое, пульс едва прощупывался, рвота.

Живот резко вздут, подкожные вены расширены, через брюшную стенку видна пистолетика кишечника, пупок мумифицирован.

В правой ягодичной области, тотчас ниже края большой ягодичной мышцы, видна ограниченная припухлость, мягко эластичной консистенции, перкуторно определяется приглушенный тимпанический звук.

Произведена обзорная рентгенография брюшной полости — в кишечнике видно большое количество газов, уровней не определяется. С диагнозом: перitonit, ущемление седалищной грыжи, кишечная непроходимость, ребенок оперирован через час после поступления.

Операция (доц. И. Ф. Харитонов) произведена под местной анестезией по методу А. В. Вишневского.

Разрез в форме крючка в крестцово-седалищной области, вскрыт грыжевой мешок, наполненный жидким калом, выделяющимся из дефекта омертвевшей тонкой кишки. Ущемляющее кольцо рассечено, омертвевшая кишка выведена в рану и широко вскрыта. В просвет кишки выведена резиновая трубка, края кишки подшиты кетгутом к краям операционной раны, то есть наложен каловый свищ. Через 4 часа после операции при нарастающих явлениях сердечной слабости ребенок скончался.

Патологоанатомический диагноз:

Состояние после операции калового свища через грыжевой мешок по поводу ущемления грыжи в малом седалищном отверстии. Омертвение петли тонкого кишечника. Разлитой фибринозно-гнойный перitonit. Левосторонняя очаговая пневмония (асс. Т. С. Федорова).