

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. Повторно 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 не свободным салынком, 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 обратила 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 мочеиспускание были в норме. При тщательном осмотре врач-педиатр обнаружил в области правой ягодицы припухлость, принял ее за воспалительный инфильтрат и назначил маевой 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 перистальтика кишечника, пупок мумифицирован.

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

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

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

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 наложения калового свища через грыжевой мешок по поводу ущемления грыжи в малом седалищном отверстии. Омертвление петли тонкого кишечника. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Левосторонняя очаговая пневмония (асс. Т. С. Федорова).

Грыжи седалищного отверстия встречаются чрезвычайно редко, поэтому нужно помнить о возможности подобной локализации грыжи. При седалищной грыже больные обращаются с жалобами на появление припухлости в ягодичной области, тупые боли, иррадиирующие вниз по задней поверхности бедра, усиливающиеся при ходьбе. Нередко больные долго лечатся по поводу ишиаса.

Диагностика седалищной грыжи несложна: в области ягодичы отмечается округлой формы выпячивание, появляющееся в вертикальном положении и при натуживании больного. Положителен кашлевой толчок.

Иногда помогает исследование через прямую кишку: может быть определено выпячивание боковой стенки прямой кишки. Содержимое грыжевого выпячивания обычно свободно, с урчанием вправляется. Грыжа седалищного отверстия может быть принята за натечник.

При неущемленной грыже большинство авторов рекомендует ношение бандажа. Операция заключается в пластическом закрытии грыжевых ворот местными тканями, в основном за счет мышц или надкостницы подвздошной кости. При ущемлении методом выбора (если нет флегмоны грыжевого мешка) является комбинированная операция — лапаротомия для освобождения ущемленных органов и грыжесечение.

Описанный случай представляет интерес ввиду того, что ущемление грыжи было обнаружено только на четвертый день и ребенок оперирован при наличии омертвевшей кишки и каловой флегмоны, которая была принята за воспалительный инфильтрат ягодичы.

Ранняя диагностика и оперативное вмешательство дали бы возможность спасти жизнь ребенка.

Поступила 16 февраля 1959 г.

СЛУЧАЙ ВОДЯНКИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

В. М. Поляков

Из хирургического отделения (зав. — В. М. Поляков) медсанчасти нефтепромыслового управления «Алметьевнефть» (главрач — Р. З. Бадретдинов)

Б-ной Г., 52 лет, поступил в хирургическое отделение 2/VI-58 г. с диагнозом: хронический рецидивирующий аппендицит.

Жаловался на тупые боли в правой половине живота, усиливающиеся при ходьбе, физической работе. Временами бывала тошнота.

Впервые заболел 3 года тому назад. Появились сильные боли в правой подвздошной области. Были тошнота и рвота. За врачебной помощью не обращался. Заболевание стихло, но позднее стал прощупывать в правой подвздошной области опухолевидное образование, величиною с куриное яйцо, которое принималось лечащими врачами за опущенную правую почку.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые розового цвета. Лимфатические железы не прощупываются. Со стороны легких и сердца изменения не определяются. Язык слегка обложен беловатым налетом. Передняя брюшная стенка не напряжена, участвует в акте дыхания. Живот правильной формы, болезнен в правой подвздошной области. Наибольшая болезненность отмечается в точках Мак-Бурнея и Лянца. При глубокой пальпации в проекции слепой кишки определяется плотноватое, валикообразное опухолевидное образование, величиною с небольшое куриное яйцо. Печень не увеличена. Селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Кровь и моча без патологических элементов. Температура нормальная.

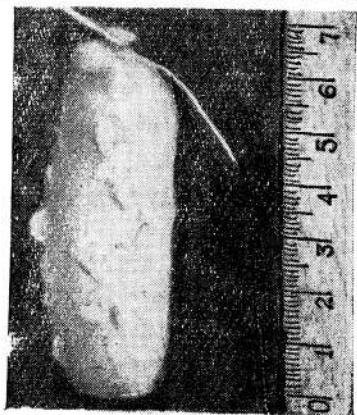


Фото 1.

Операция производилась под местным обезболиванием по А. В. Вишневскому. К ране предлежала слепая кишка. Червеобразный отросток располагался медиально и книзу, имел размеры нормального желчного пузыря. Сероза отростка блестящая, просвет заполнен прозрачной опалесцирующей жидкостью (см. фото 1). Диаметр отростка у основания на протяжении 2 см нормальных размеров. Отросток удален обычным способом.

Послеоперационный диагноз: хронический рецидивирующий аппендицит, осложненный водянкой червеобразного отростка.

Диагноз подтвержден в патогистологической лаборатории Казанского мединститута.