

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 «Альметьевнефть» (главврач — 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.

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. 16/VI-58 г. выписан в удовлетворительном состоянии, без жалоб.

Данный случай интересен потому, что водянка червеобразного отростка встречается крайне редко.

Поступила 25 июня 1959 г.

ПРОИЗВОЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ПРИ ЭКТОПИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Орд. Э. Н. Ситдыков

Из факультетской хирургической клиники им. А. В. Вишневского (зав.— проф. С. М. Алексеев) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Эктопия мочевого пузыря — сравнительно редкое врожденное уродство. По Б. Н. Хольцову, один случай эктопии встречается на 40 000 населения. При врожденной расщелине мочевого пузыря имеется, как известно, постоянное истечение мочи, то есть полное ее недержание.

В монографии «Оперативное лечение недержания мочи на почве врожденных аномалий мочевой системы» А. И. Михельсон приводит следующее интересное наблюдение.

«Б-ная Т. с двусторонней атонией мочеточников и гидронефрозом, наряду с постоянным истечением мочи из устьев мочеточников эктопированного мочевого пузыря, временами оставалась сухой в течение часа и более, после чего при натуживании мочилась длительно струей из обоих мочеточников».

В 1958 г. мы наблюдали больную, которая имела произвольный акт мочеиспускания из мочеточниковых устьев эктопированного мочевого пузыря.

Б-ная Б., 21 года, поступила 19/V-58 г. с диагнозом — эктопия мочевого пузыря.

Жалуется на тупые боли в поясничной области и наличие опухолеподобного образования в низу живота.

До 16—17-летнего возраста больная постоянно была мокрой, с 17 лет стала удерживать мочу, мочилась 10—12 раз в сутки. За 2 года до поступления в клинику позывы на мочеиспускание появлялись 5—6 раз в сутки с последующим выделением мочи в количестве 250—350 мл. По ночам больная оставалась сухой.

Общее физическое развитие удовлетворительное, кожа обычной окраски, температура нормальна, пульс — 80, удовлетворительного наполнения и напряжения. Органы дыхания и кровообращения без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Почки не пальпируются.

В области лонного сочленения имеется опухолеподобное образование размером с женский кулак — эктопированный мочевой пузырь. Слизистая эктопированного мочевого пузыря рубцово-изменена, местами эрозирована. В нижнем отделе этого аномального мочевого пузыря определяется два отверстия — устья мочеточников, которые не перистальтируют, мочу не выбрасывают. По периферии эктопированного пузыря кожа покрыта волосами. Пупок отсутствует. Мочеиспускательного канала нет. Расщепление клитора, отсутствие больших половых губ. Входное отверстие влагалища пропускает два пальца, рукав свободный, шейка коническо-цилиндрической формы. Зев закрыт, матка в ante flexio-versio, не увеличена, смещена вперед. С обеих сторон слегка увеличенные болезненные яичники. Выделения обычного цвета.

Кровь: Нв. — 57%, Л. — 8200, п. — 2%, с. — 74%, э. — 2%, л. — 21%, м. — 1%, РОЭ — 10 мм/час. Остаточный азот крови — 40,7 мг%.

Уд. вес мочи — 1005, мутная, реакция кислая, реакция на белок положительная, лейкоцитов 50—60 в поле зрения, эритроциты единичные.

Проба по Зимницкому

6 час.	520 мл	1005	18 час.	420 мл	1006
9 час.	350 "	1002	21 час.	300 "	1006
12 час.	305 "	1005	24 час.	420 "	1004
15 час.	420 "	1014	3 час.	360 "	1007
1595 мл			1500 мл		