

после разворота оказалась длиною 3—4 см. Жизнеспособность пузыря не восстановилась. Субсерозное выделение его невозможно: сероза дряблая, легко рвется. На брыжейку наложены две клеммы, после чего она прошита, перевязана и отсечена. На пузырный проток наложены две кетгутовых лигатуры, желчный пузырь удален. Брюшная полость осушена и орошена пенициллином. К ложу пузыря подведена марлевая турунда. Операционная рана послойно ушита.

Операционный диагноз — заворот желчного пузыря с гангреной его стенок. Начинаящийся желчный перитонит.

В послеоперационном периоде получала глюкозу, физиологический и гипертонический растворы, антибиотики, наркотические и сердечные средства. Состояние не улучшилось. Через 1,5 суток больная умерла.

При патанатомическом исследовании выявлен некроз стенок пузыря с воспалением серозного покрова. Желчный перитонит.

До настоящего времени нет определенных данных в отношении причин и условий возникновения заворота желчного пузыря. Основным условием для перекручивания являются анатомические особенности взаимоотношения желчного пузыря с печенью и особенности хода брюшины в этом отделе. Если в обычных условиях желчный пузырь фиксирован к нижней поверхности печени, то при завороте, как правило, он на всем протяжении покрыт брюшиной и висит на ее дубликатуре, как червеобразный отросток на брыжеечке. С. П. Федоров назвал такой подвижный желчный пузырь «маятникообразным».

Предрасполагающими факторами, вероятнее всего, являются потеря эластичности тканей и связочного аппарата, опущение внутренностей и значительное повышение внутрибрюшного давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боброва Е. В. Хирургия, 1955, 5.— 2. Ец А. Г. и Григорьева В. А. Вестн. хир., 1957, 8.

Поступила 25 июня 1959 г.

К РАСПОЗНАВАНИЮ СОЧЕТАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА СО СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ВЫЗВАННОЙ ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ

М. И. Маврин

Из медсанчасти НПУ «Альметьевнефть» (главврач — Р. З. Бадретдинов)

Б-ной У., 17 лет, 1/VIII-58 г. в 22 часа с диагнозом острого аппендицита доставлен в хирургическое отделение.

Заболел внезапно 7 час. тому назад. Появились боли в правой половине живота, тошнота. Боли в животе отмечались в 1953 г. и в 1956 г.; лечился амбулаторно.

Живот умеренно напряжен в правой подвздошной области, болезненность в точке Мак-Бурнея, симптом Блюмберга — Щеткина справа положительный. Язык не обложен. Температура — 37,0°. Пульс — 84, удовлетворительного наполнения.

2/VIII: Нв — 92%, Э. — 4 230 000, Л. — 12 100, РОЭ — 8 мм/час.

Диагноз: острый аппендицит.

При операции 2/VIII разрезом Дьяконова — Волковича послойно вскрыта брюшная полость. Отросток утолщен, багровый, отечен, изогнут спайками. Выпота в брюшной полости нет, прилежащие петли тонких кишок не изменены.

После аппендэктомии продолжает жаловаться на схваткообразные боли в животе, стул задержан, газы отходят частично.

5/VIII состояние резко ухудшилось: схваткообразные боли в животе усилились, рвота, стул задержан, газы не отходят. Язык сухой, обложен. Живот вздут, мягкий, болезненный больше в нижних отделах, в боковых отделах — притупление. Л. — 4 000, РОЭ — 10 мм/час. Пульс — 108.

Диагноз: острая кишечная непроходимость.

Срочная операция под местной анестезией (М. И. Маврин), Срединный разрез. В брюшной полости геморрагическая жидкость. Петли тонкого кишечника длиной 1,5 м с брыжейкой сдавлены натянутым дивертикулом Меккеля, направляющимся от подвздошной кишки к пупочному кольцу. Подвздошная кишка у места отхождения дивертикула рубцово изменена вместе с брыжейкой, просвет ее сужен. Гангрена 1 м тонкой кишки. Дивертикул длиной 10 см, диаметром 3 см у основания, постепенно суживаясь, заканчивается утолщением. Резекция 1 м тонкой кишки вместе с дивертикулом, который отсечен от пупочного кольца. Анастомоз конец в конец. В брюшную полость введены раствор фурацилина 1:5 000, стрептомицина — 0,5 и дренажная трубка. Рана послойно ушита.

Послеоперационный период без осложнений. Заживление первичное. Выписан 18/VIII в удовлетворительном состоянии.

Мы встретили острый аппендицит в сочетании со странгуляционной кишечной непроходимостью, вызванной дивертикулом Меккеля, что при аппендэктомии не было распознано, поскольку описаний подобных случаев нам не встретилось.

Поступила 21 октября 1958 г.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ В НАЧАЛЕ СРОЧНЫХ РОДОВ

Л. К. Малышев

Из Поповской участковой больницы (главрач — Л. К. Малышев)
Бавлинского района ТАССР

Разрыв матки — тяжелое акушерское осложнение, и каждый случай его заслуживает внимания.

В Поповскую больницу 8/XI-57 г. в 5 час. доставлена акушеркой для родоразрешения беременная Д., 27 лет.

По словам беременной, схватки начались 7/XI-57 г. в 18 час. К часу 8/XI-57 г. схватки усилились, стали регулярными, очень болезненными. По пути следования в больницу после особенно болезненной схватки плод перестал шевелиться, схватки прекратились. При поступлении жалобы на боли по всему животу и затрудненное дыхание.

Беременность пятая.

Последние крови 24/I-57 г. Шевеление плода не помнит. Находилась под наблюдением врача с пятого месяца беременности, под наблюдением акушерки с трех месяцев. Беременность протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ниже среднего роста, правильного телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски.

Со стороны органов грудной полости отклонений не обнаружено. Пульс — 78, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 130/80. Размеры таза — 25—27—28,5—18,5.

Живот овоидной формы, при пальпации — разлитая болезненность, напряжение мышц. Положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Дно матки у мечевидного отростка.

Положение плода неопределенное. Сердцебиение плода не выслушивается. Под кожей живота определяются мелкие части плода. Выделений из половых путей нет.

Влагалище широкое, мыс достижим кончиками пальцев с трудом. Шейка сформирована, края ее толстые. Зев пропускает указательный палец. Плодный пузырь и предлежащая часть не определяются. Диагноз: Беременность 40 недель. Спонтанный разрыв матки.

Операция через 3 часа после поступления (хирург А. Н. Рябов).

При вскрытии брюшной полости срединным разрезом в ней обнаружены плацента и масса сгустков крови. После удаления плаценты в ране появились ножки плода, обращенные к тазовым костям матери. Плод доношен, женского пола, весом 3 900 г.

На передней стенке матки в нижнем сегменте разрыв длиной 10—12 см, переходящий на оба ребра матки, с разможженными краями. Края разрыва освежены и послойно ушиты тремя рядами узловатых швов. Стерилизация путем частичного клиновидного иссечения труб. Кровь удалена из брюшной полости, орошение пенициллином (500 000). Брюшная полость послойно зашита наглухо. Перелито 250 мл 0(1) группы крови.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выписана на 18 день после операции. Осмотрена через 2 года. Жалоб не предъявляет. Крови пришли через 4 месяца после операции. Затем через 7 месяцев менструации стали более обильными, болезненными — через 21 день по 8—9 дней.

Разрыв произошел, по-видимому, на почве патологических изменений в стенке матки в связи с имевшимися криминальными абортами (2 и 3 беременности).

Поступила 22 февраля 1960 г.