

Резкие воспалительные явления, имевшиеся в мочевом пузыре, повидимому, не давали достаточно ясной картины при цистоскопии. Ошибка исследования заключалась в неиспользовании других методов диагностики. В периоды стихания воспалительных явлений в мочевом пузыре следует производить цистоскопию в более благоприятных условиях. Если и это не вносит ясности, то необходимо произвести обзорную рентгенографию, цистографию жидкими контрастными веществами или пневмоцистографию.

РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АКТИНОМИКОЗА

А. Ф. КОТОВИЧ

Из кафедры госпитальной хирургии (заведующий кафедрой — профессор И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института

В брюшной полости актиномикозом поражается чаще всего забрюшинная клетчатка. Входными воротами в подавляющем большинстве случаев служат слепая и прямая кишка, которые в дальнейшем также вовлекаются в воспалительный процесс. Желудок и остальные отделы толстой кишки поражаются реже. В литературе встречаются описания лишь единичных случаев первичного актиномикоза желудка (Б. Я. Швабауэр и А. В. Гуляев, 1931; Е. Л. Осипов, 1950). Локализация актиномикоза в желудочно-ободочной связке относится к числу исключительно редких наблюдений. В 1912 году Поль сообщил о больном с актиномикотическим абсцессом, расположенным позади желудочно-ободочной связки, излеченном оперативным путем.

Приводим наше наблюдение.

Ш., 34 лет, зоотехник, поступил в клинику 13 августа 1954 года с жалобами на боли в подложечной области. Считает себя больным с июля, когда обнаружил в брюшной полости плотное образование, беспокоившее его при ношении одежды. Диспептических расстройств не отмечал.

При глубокой пальпации в брюшной полости над пупком определяется плотное образование размером с мужской кулак. Печень и селезенка не увеличены. Температура тела в пределах 36,6—37,4°. Кровь: Нв 78 проц., эр. 4 900 000, л. 11 100, цв. пок. 0,8; лейкоцитарная формула: п. 5, с. 66, лимф. 17, мон. 9, э. 3 проц. РОЭ 47 мм. Желудочный сок: натощак — свободная соляная кислота 0, общая кислотность 16; после пробного завтрака — соответственно 0 и 20. При рентгеноскопии желудка складки слизистой в выходном отделе проследить не удается. Большая кривизна представляется зазубренной, неровной, перистальтической волны на месте поражения не видно. В выходном отделе определяется небольшой дефект наполнения с неровными контурами. Эвакуация протекает замедленно. Через 24 часа в желудке остатка нет.

31 августа произведена лапаротомия. При вскрытии брюшины оказалось, что «опухоль» плотной консистенции, размером 15 × 18 см, расположена в желудочно-ободочной связке между большой кривизной антрального отдела желудка и поперечно-ободочной кишкой, тесно с ними спаяна. Так как предполагалась раковая опухоль, то была произведена резекция желудка и поперечно-ободочной кишки. Препарат: в желудочно-ободочной связке «опухоль» 15 × 18 см с прорастанием в желудок по большой кривизне и в поперечно-ободочную кишку. Слизистая желудка и кишки не изменена.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 36 день после операции и проведенного курса пенициллинотерапии больной выписан домой в хорошем состоянии.

Данное наблюдение представляет интерес ввиду редкой локализации актиномикоза и тех затруднений, которые мы испытали в диагностике.

Оперативное удаление актиномикотического инфильтрата с энергичной пенициллинотерапией привело к полному излечению больного.