

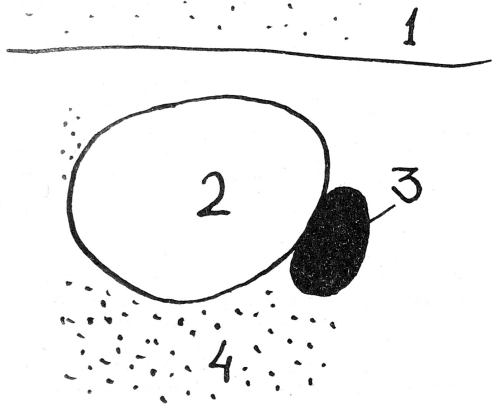
окружающих тканей и формировании перипузырного инфильтрата. У 12 больных вокруг расплывчатых стенок желчного пузыря были видны полостные образования, что указывало на абсцидирование перипузырного инфильтрата.

В ряде наблюдений кроме симптомов острого холецистита выявились признаки желчной гипертензии (дилатация внутривенных желчных протоков и холедоха), холедохолитиаза (эхоплотные структуры с акустической тенью в просвете холедоха), острого панкреатита (увеличение размеров поджелудочной железы с изменением ее эхогенности), что позволяло существенно дополнить ультразвуковое заключение.

Возможности УЗИ при такой интерпретации его результатов демонстрирует следующее наблюдение.

Г., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке, правой половине живота, гипертермию до 38°. Болен в течение 2 нед, лечился в поликлинике по поводу хронического бронхита — состояние не улучшилось, похудел на 9 кг. В анамнезе — цирроз печени после перенесенного в детстве вирусного гепатита. Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, а также фиброэндоскопия пищеварительного тракта патологии не показали. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, в проекции желчного пузыря определяется болезненное образование 10×10 см; симптомов раздражения брюшины нет. При лабораторных анализах отклонений от нормы не выявлено.

При УЗИ печень уплотнена, структура ее неоднородна; обращал на себя внимание увеличенный желчный пузырь размерами 10×7 см. Его стенки были утолщены до 7 мм; рядом со стенкой желчного пузыря визуализировалось эхонегативное перипузырное образование (см. рис.).



Эхосонограмма больного Г. 1 — брюшная стенка, 2 — желчный пузырь, 3 — перипузырный абсцесс, 4 — перипузырный инфильтрат.

Диагноз: острый деструктивный бескаменный холецистит, перипузырный абсцесс, цирроз печени.

Больного экстренно прооперировали. Были обнаружены острый бескаменный гангренозный холецистит и перипузырный абсцесс; подтвержден цирроз печени. Произведена холецистэктомия. Послеоперационный период протекал гладко.

С целью достоверной верификации данных, выявляемых при УЗИ, нами проведено их сопоставление с операционными и лапароскопическими данными у 509 больных, прооперированных по

поводу острого холецистита. Совпадение диагнозов было установлено в 99,2% случаев.

УДК 616.453.72—008.61—089.87—031.5:611.451

А. А. Кипенский, Т. Я. Салихов (Казань). Двусторонняя адреналэктомия при болезни Иценко — Кушинга

Мы располагаем личным опытом выполнения 36 операций на надпочечниках у 31 больного, которые были произведены с 1971 по 1988 г. 5 больным (2 мужчинам и 3 женщинам в возрасте от 21 до 36 лет) с болезнью Иценко — Кушинга осуществлены двусторонние тотальные поэтапные адреналэктомии с ауто трансплантацией 2—4 сосочков надпочечников в подкожную клетчатку.

Все больные обратились за медицинской помощью по поводу стойкой гипертензии, причем лечение гипотензивными препаратами было неэффективным. Кроме того, ими было отмечено постепенное изменение внешности в течение 2—3 лет (при кортикостероидном нарастании симптомов гиперкортицизма бывает более прогрессивным).

Больные были обследованы в эндокринологическом отделении, где был установлен окончательный диагноз. Особую важность в дифференциальной диагностике болезни Иценко — Кушинга и синдрома Кушинга имела проба с дексаметазоном — препаратом, оказывающим тормозящее действие на гипофиз. Во всех случаях при болезни Иценко — Кушинга содержание 17-ОКС в моче было уменьшено, в то время как у больных с синдромом Кушинга (при кортикостероидном) их уровень оставался прежним.

Операции проводили в два этапа под эндотрахеальным наркозом поясничным доступом. На первом этапе производили правостороннюю адреналэктомию как технически более сложную (близость нижней полой вены, короткая центральная вена надпочечника). Особенность первого этапа — медленное заживление раны на фоне гиперпродукции глюкокортикоидов оставшимся надпочечником и стероидного диабета. Каким-либо изменений в состоянии больных после первого этапа не происходило (и не могло произойти!), и они оттягивали производство второго этапа под различными предлогами. После проведения второго этапа (левосторонней тотальной адреналэктомии и имплантации кусочков надпочечника в подкожную клетчатку) назначали незамедлительно заместительную терапию вначале гидрокортизоном по 75—100 мг 6 раз в сут с постепенным снижением и переходом к 9—10-ым суткам на преднизолон в дозе 15—20 мг в сут, а к выписке — по 10—15 мг.

Все больные были выписаны из стационара под наблюдение эндокринолога. В течение года у них уменьшилась масса тела, нормализовалась внешность, снизилось до нормы АД; у женщин появились менструации; один из мужчин женился, и в семье родился здоровый ребенок.

Одна больная была прооперирована 15 лет тому назад. В доступной литературе мы не встретили описания больных с болезнью Иценко — Кушинга после двусторонней тотальной адреналэктомии на таких поздних сроках после операции и поэтому приводим наше наблюдение.

Х., 1946 года рождения, впервые обратилась в поликлинику в 1973 г. с жалобами на изменение внешности и гипертензию. В 1974 г. у нее была заподозрена болезнь Иценко — Кушинга; диагноз был подтвержден в эндокринологическом отделении. От предложенной операции больная отказа-

лась. Заболевание прогрессировало — нарастала мышечная слабость, прекратилась менструация, появились стрии, артериальное давление было высоким. Проведен курс рентгенотерапии на область гипофиза с двух полей суммарной дозой 1109 мКл/кг. Улучшения не наступило, из-за мышечной слабости больная не могла без постоянной помощи подняться с постели. В суточной моче: 17-ОКС свободные — 0,88 мкмоль/сут, суммарные — 20,4 мкмоль/сут, 17-КС — 67,9 мкмоль/сут. Проба с дексаметазоном: 17-ОКС свободные — 0,61 мкмоль/сут; суммарные — 15,2 мкмоль/сут, 17-КС — 55,5 мкмоль/сут. Содержание калия плазмы — 4,9 ммоль/л, натрия — 139,7 ммоль/л, глюкозы — 6,1 ммоль/л.

21.09.1975 г. была произведена правосторонняя тотальная адреналэктомия, однако симптомы заболевания прогрессировали. Тем не менее больная отказывалась от удаления оставшегося надпочечника. Лишь 19.04.1976 г. были выполнены левосторонняя тотальная адреналэктомия и имплантация 4 кусочков коры надпочечника по 1—2 г в подкожную клетчатку поясничной области. При гистологическом исследовании была выявлена гиперплазия коры надпочечников. Еще до выписки из стационара у больной появилась менструация, снизилось АД, уменьшилась масса тела. До 1978 г. больная принимала в сутки 10 мг преднизолона, периодически проводили подсадку ДОКА по 100 мг. В 1979 г. у нее была выявлена язва двенадцатиперстной кишки, которая после лечения зарубцевалась. После этого больной был назначен кортизон по 25 мг в сутки. В течение вечерами дополнительно принимает 5 мг преднизолона (в стрессовых ситуациях дозу гормонов увеличивает). Является инвалидом II группы, но по договору дома выполняет чертёжные и канцелярскую работы, делает все по дому. В марте 1990 г. уровень глюкозы крови — 3,9 ммоль/л, холестерина — 4,2 ммоль/л. В суточной моче: 17-ОКС свободные — 0,77 мкмоль/сут, суммарные — 16,4 мкмоль/сут, 17-КС — 60,7 мкмоль/сут. Рентгенография черепа — турецкое седло обычной формы и размеров. Обызвестление.

Проведенное наблюдение демонстрирует хороший эффект двусторонней тотальной адреналэктомии с имплантацией надпочечника на отдаленных сроках после операции при болезни Иценко — Кушинга. В современных условиях, перенасыщенных стрессовыми ситуациями, трудоустройство таких больных представляет порой неразрешимую задачу.

УДК 616.34—007.43—053.2—031:611.957

Г. М. Мухаметзянов, В. Д. Никфоров, О. Н. Иванов, Ю. Г. Филиппов (Ленингорск, ТССР). Прямые паховые грыжи у детей

Как известно, прямой паховой называют такую грыжу, которая выпячивает брюшину в области медиальной паховой ямки и проникает в паховый канал вне семенного канатика через паховый промежуток. Она всегда является приобретенной.

Редкость грыж этого вида у детей и недостаточная осторожность детских хирургов к ней побудили нас поделить собственные наблюдения.

С 1980 по 1989 г. в нашем отделении произведено 667 грыжесечений. 5 (0,7%) операций было выполнено по поводу прямых грыж. У одного ребенка 2 лет с паховой эктопией яичка прямая грыжа сочеталась с косой. Четверо детей ранее

(от одного до 4 раз) подвергались оперативному лечению в других районах республики. Приводим наблюдения.

К., 9 лет, поступил в межрайонное отделение детской хирургии 14.08.1985 г. по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. В 2- и 4-месячном возрасте он был дважды прооперирован в связи с ущемленной паховой грыжей справа. Рецидив грыжи наступил через 7 и 10 дней. В 4 года ребенок был прооперирован вновь, рецидив отмечен через один мес. В данном случае многократные оперативные вмешательства привели к разрушению медиального отдела задней стенки пахового канала и образованию прямой грыжи.

15.09.1985 г. больного прооперировали в хирургическом отделении Ленингорской детской больницы. Под масочным наркозом после обработки операционного поля косым паховым доступом полностью вскрыли паховый канал. В проекции медиальной паховой ямки имелось грыжевое выпячивание; диаметр грыжевых ворот — около 5 см. По стенке грыжевого мешка с наружной стороны проходили элементы семенного канатика. После выделения элементов семенного канатика грыжевой мешок был вскрыт, его содержимым оказался тонкий кишечник. Грыжевой мешок изнутри ушили кисетным швом, отсекали. Произвели пластику задней стенки пахового канала по Бассини. Наступило выздоровление.

С., 12 лет, поступил в отделение 01.08.1988 г. по поводу левосторонней пахово-мошоночной грыжи. Впервые был прооперирован в 1979 г. в ЦРБ одного из прикрепленных районов. Через год наступил рецидив грыжи. После грыжеотсечения слева с пластикой задней стенки пахового канала, выполненного 02.08.1988 г., ребенок выздоровел.

Описанные нами прямые паховые грыжи были диагностированы интраоперационно. На операции привлекли к себе внимание большой размер грыжевых ворот, достигающих 5 см в диаметре, расположение грыжевого мешка внутри по отношению к семенному канатику, простота отделения последнего.

Таким образом, при прямых паховых грыжах у детей эффективно грыжесечение с пластикой задней стенки пахового канала по одному из известных способов.

УДК 617.586—001.6—089.8

А. Г. Хабибуллин (Бугульма, ТССР). Наружный подтаранный вывих стопы с интерпозицией сухожилия задней большеберцовой мышцы

Поскольку в доступной литературе мы не встретили ни одного описания неврахованного подтаранного вывиха стопы, у которого препятствием к вправлению являлось сухожилие задней большеберцовой мышцы, считаем целесообразным привести одно из наших наблюдений.

Ф., 28 лет, упал на работе с высоты 2 м на правую стопу, резко подвернув ее кнутри. Самостоятельно подняться не смог. Доставлен в травматологическое отделение машины скорой помощи через 45 мин с момента получения травмы в транспортной иммобилизационной шине Крамера.

Жалобы на боли в правой стопе, невозможность передвижения с нагрузкой на ногу.

При осмотре: область правого голеностопного сустава отека, отечность распространяется на стопу. Стопа резко деформирована, сдвинута кнаружи и находится в положении вальгуса. Внутренняя лодыжка выступает, кожа над ней