тяжелая и затяжная форма, у 173 — средней тяжести и у 20 — легкая форма), а также у больных механической желтухой (у 32 вследствие злокачественных новообразований и у 18 на почве желчнокаменной болезни).

Активность фосфатазы крови у больных определялась на вершине заболевания и через каждые 10—15 дней в периоде снижения содержания билирубина крови, в периоде снижения желтухи и в периоде выздоровления, т. е. после исчезновения желтухи и нормализации билирубина крови.

При острых гепатитах (болезни Боткина), как правило, наблюдается увеличение активности щелочной фосфатазы крови. В подавляющем большинстве случаев чем тяжелее течение заболевания, тем больше активность фермента. По мере излечения активность фосфатазы крови падает и приходит к норме при полном выздоровлении.

При механической желтухе в связи с раковым поражением печени и головки поджелудочной железы с метастазами в печень активность фосфатазы крови резко активизируется, в несколько раз более, чем при болезни Боткина. С ухудшением состояния больного в большинстве случаев наблюдается нарастание активности фосфатазы крови.

Исследование щелочной фосфатазы крови при болезни печени является ценным методом для определения функционального состояния печени и для дифференциальной диагностики функциональной и механической желтухи.

УДК 617. 55—007. 43

**В. П. Крупчатов** (Саратов). **Грыжа спигелиевой линии**

Грыжи спигелиевой линии являются большой редкостью. В отечественной литературе первое сообщение о них сделал С. Л. Колюбакин в 1918 г. Нам удалось собрать в отечественной литературе 56 случаев.

В нашей клинике с грыжами спигелиевой линии лечилось 4 больных.

Приводим одно характерное наблюдение.

Г., 33 лет, поступила 16/IV 1962 г. с жалобами на боли и выпячивание в правой половине живота, впервые появившееся в 1960 г. после подъема тяжести. Оно то исчезало, то вновь возникало.

Мышечная стенка дряблая. Справа по параректальной линии припухлость 3×3×4 *см*. Диагноз — грыжа спигелиевой линии. 21/IV 1962 г. больная оперирована. Грыжа располагалась проперитонеально. Пластика грыжевых ворот осуществлена путем послойного ушивания тканей. Больная осмотрена через 3 года. Дефекта в брюшной стенке нет. Трудоспособность сохранена полностью.

УДК 616. 36—616—089

**А. Н. Волков** (Актюбинск). **Применение поперечной лапаротомии при операциях на печени**

Учитывая противоречивые суждения о поперечной лапаротомии, мы задались целью провести анатомо-клиническое изучение данного подхода к печени. Исследование проведено нами на 10 трупах взрослых мужского и женского пола по методике А. Ю. Созон-Ярошевича. Данный доступ изучался на трупах с широким эпигастральным углом (90—110°) и только в том случае, когда печень занимала как надчревье, так и оба подреберья. Разрез мы проводили на уровне IX—X ребер от одной реберной дуги до другой. Получены такие параметры операционной раны, которые говорят, что данный подход обеспечивает достаточный доступ к печени (в основном к передней и нижней поверхности органа). Например, угол операционного действия колеблется от 95 до 120°, угол наклонения — от 80 до 90°, зона доступности — от 28,26 до 153,86 *см*$^2$.

Поперечный доступ применен в клинике у 8 больных. Всем больным произведена резекция значительных участков печени по поводу альвеолярного и гидатидозного эхинококка. Одному из них резецирована паразитарная опухоль альвеолярного эхинококка весом в 1200,0.

Все больные выздоровели. Операционная рана у всех зажила первичным натяжением. Больные наблюдались в сроки от 7 месяцев до 8 лет. У всех обследованных послеоперационные рубцы безболезненны. Расстройства трофики мышц и кожной чувствительности мы не отмечали.

Мы считаем, что данный доступ должен найти более широкое применение при соответствующих вмешательствах на печени.

УДК 616—007. 43—616. 26

**С. Е. Мурлага** (Магнитогорск). **Анемия, как доминирующий симптом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы**

Анемия и геморрагия являются нередкими симптомами при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, а иногда они становятся и доминирующими.

Р., 16 лет, поступил 8/I 1964 г. с диагнозом: железо-дефицитная анемия. Со слов матери, у мальчика с 2-летнего возраста слабость, бледность, плохой аппетит; он плохо развивался. Лечился от анемии без эффекта.