

тяжелая и затыжная 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. Колубакин 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 послыстного 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 надчревьё, 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 наклона — от 80 до 90°, зона доступности — от 28,26 до 153,86 см².

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.