

И., 55 лет, поступила в хирургическое отделение 3/III 1964 г. с жалобами на рвоту, задержку испражнений и газов, схваткообразные боли в животе. 1/III внезапно вслед за возникшими в правом подреберье болями началась рвота, со 2/III перестали отходить газы, нет стула. Страдает желчнокаменной болезнью с 1956 г.

Болезнь беспокоит. Температура 37,7°. Пульс частый, малый; АД 105/55 мм. Живот вздут, болезнен, перистальтика усилена, симптом Щеткина — Блюмберга слабо положительный. Диагноз: кишечная непроходимость.

Лапаротомия. Желчный пузырь в спавшемся состоянии, сращен с двенадцатиперстной кишкой. Тощая кишка раздута. Поперечным разрезом из кишки извлечен фасеточный камень 3,5×3,5 см, весом 17,7 г, по форме напоминающий треугольную пирамиду, основание которой светло-коричневого, две грани бледно-желтого, третья — серого цвета. Других камней в кишечнике не обнаружено. Желчный свищ не ликвидирован из-за тяжелого состояния больной. Больная выписана 25/III.

Осмотрена через 6 месяцев. Работает, но временами отмечает боли справа в верхней части живота.

УДК 616.36—008.5

А. П. Борисенко (Москва). О функциональной гипербилирубинемии Жильбера

В последние годы внимание клиницистов привлекают так называемые функциональные гипербилирубинемии. Под этим термином объединяется несколько типов желтух, проявляющихся лишь в нарушении пигментного обмена; признаки усиленного гемолиза, поражения печеночной паренхимы, а также симптомы внепеченочной или внутripеченочной закупорки отсутствуют. Различают две основные группы функциональных гипербилирубинемий. Одна из них характеризуется повышенным содержанием в сыворотке крови связанного (прямого) билирубина. Впервые такое заболевание описали в 1954 г. Дубин и Джонсон.

В настоящем сообщении мы остановимся на другой группе гипербилирубинемий, протекающих с повышенным содержанием в сыворотке крови свободного (непрямого) билирубина. Впервые их описал французский клиницист Жильбер (1901—1902) под названием «простой семейной холемии».

Функциональные гипербилирубинемии диагностируются редко. Таким больным обычно ставят диагноз хронического гепатита, гепатохолецистита, механической желтухи, гемолитической анемии, болезни Боткина, что часто ведет к ненужным терапевтическим мероприятиям, к травмированию психики больного, к ятрогении.

Сообщаем о нашем наблюдении.

Н., 30 лет, поступил 23/XII 1965 г. с диагнозом: обострение хронического гепатохолецистита. Жаловался на незначительные боли в правом подреберье и в эпигастриальной области, на тошноту, желтушное окрашивание склер. Впервые отметил желтушность склер в семнадцатилетнем возрасте. К врачу не обращался, так как ничто не беспокоило. В 1957 г. после перенесенного гриппа желтушность склер усилилась, появились боли в эпигастриальной области и в правом подреберье. Все последующие годы с обострениями гастрита усиливалась желтушность склер (примерно 1—2 раза в год). Особенно интенсивное желтушное окрашивание склер, с появлением желтухи на коже, отмечено в 1962 г. С 1957 г. больной неоднократно лечился в больницах и на курортах. Желтуха полностью никогда не исчезала; боли в эпигастрии и в правом подреберье прекращались.

Осмотическая резистентность эритроцитов минимальная — 0,66, максимальная — 0,34% NaCl. Функциональные пробы печени в норме. Билирубин в сыворотке крови по Иендрашеку 14/XII 1965 г.: прямой — 0,1, непрямой — 4,2 мг%; 8/IV 1966 г.: прямой — отрицательный, непрямой — 2,5 мг%. По Ван-ден-Бергу билирубин колебался от 1,25 до 4,5 мг%, реакция прямая, замедленная. Моча нормальная. Уробилин в моче колебался от одного до четырех крестов. Реакция мочи на желчные пигменты всегда была отрицательной. Билирубин желчи — 6—20 билирубиновых единиц. Печень и селезенка не увеличены.

Рентгеноскопия грудной клетки и желудочно-кишечного тракта патологических изменений не выявила. При холедистографии хорошо виден контрастированный желчный пузырь грушевидной формы; камни в желчном пузыре не обнаружены.

Поставлен диагноз: функциональная гипербилирубинемия Жильбера.

УДК 616—003.821—616.612—002—616.346.2—002—616—002.36—616.94

А. Н. Баранов (Кирсанов). Быстротекущая септикемия после заворота слепой кишки и флегмонозного аппендицита у больной, страдающей амилоидно-липидным нефрозом

Одним из тяжелых осложнений острого аппендицита является сепсис. Успехи в лечении гнойных заболеваний и в профилактике послеоперационных осложнений при помощи рационального использования антибиотиков и сульфаниламидов свели до минимума возникновение гнойно-септических осложнений. Только при тяжелых сопутствующих операции заболеваниях, когда организм находится в состоянии пониженной

реактивности, он не всегда может противостоять возникновению послеоперационного сепсиса. К заболеваниям, резко снижающим сопротивляемость организма, относится и амилоидно-липонный нефроз.

Приводим наше наблюдение.

М., 38 лет, поступила 8/XI 1962 г. в 22.00 с подозрением на острый гепатохолецистит. Заболела 6/XI около 12.00. Появились боли в правой половине живота, вначале не сильные, но постоянные, затем они усилились. На 3-й день заболевания возникла тошнота и к вечеру рвота. Боли в животе стали разлитыми, нестерпимыми, и больная была госпитализирована.

Общее состояние больной средней тяжести. Редкие схваткообразные боли в животе. Язык суховат, покрыт бело-зеленоватым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, асимметричен, незначительно увеличен в правой половине, умеренно напряжен. Стула не было два дня, газы не отходят. Симптомы Щеткина — Блюмберга, Ровзинга, Ситковского положительны. Температура 39,6°. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Пульс 134, ритмичный. АД 140/90. Незначительная пастозность в области лодыжек.

Диагноз: острый аппендицит, острая кишечная непроходимость(?).

8/XI в 23.30 экстренная лапаротомия (А. Н. Баранов) под местной анестезией. Пристеночная брюшина, серозный покров кишечных петель гиперемированы. В брюшной полости мутный выпот. Слепой кишки в правой подвздошной ямке не оказалось. Разрез брюшной стенки продлен вверх. Илеоцекальный угол обнаружен в правом подреберье, перегнут вокруг своей поперечной оси. Слепая кишка раздута, синюшного цвета, сосуды ее избыточно наполнены кровью. Брыжейка длинная, умеренно отечная. Червеобразный отросток расположен медиально. После деторсии слепой кишки газы и внутрикишечное содержимое легко протолкнуты в восходящую кишку. Серозный покров слепой кишки порозовел, она стала жизнеспособна. Произведена типичная аппендэктомия. В брюшную полость введено по 500 000 ед. пенициллина и стрептомицина в растворе новокаина.

Гистологически — флегмонозный аппендицит.

Послеоперационный диагноз: флегмонозный аппендицит, острая кишечная непроходимость — заворот слепой кишки.

В послеоперационном периоде были назначены пенициллин, стрептомицин, биомицин, норсульфазол, витамины В₁, В₁₂, С, вливания глюкозы, физиологического раствора, инъекции камфары, кофеина, промедола по показаниям. В течение трех послеоперационных дней состояние больной улучшалось, температура снизилась до нормальной, самочувствие было вполне удовлетворительным. Но к вечеру 12/XI больная стала чувствовать себя хуже. Появился озноб, головная боль, общая слабость, частое мочеиспускание. Симптом Пастернацкого был положительным больше справа. Моча мутная, реакция кислая, удельный вес 1025, белок — 2,97‰, большое количество лейкоцитов в поле зрения. При хромоцистоскопии была отмечена гиперемия слизистой мочевого пузыря, индигокармин слева появился на 9-й минуте, справа — на 12-й.

13/XI состояние больной не улучшилось. Температура 36,6—38,2°, пульс 100. АД 130/70. Умеренная болезненность по ходу гребешка подвздошной кости и разлитая в пояснично-крестцовой области, колющая боль в правой половине грудной клетки, сухой кашель. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружен правосторонний экссудативный плеврит. Начато внутривенное введение 40% раствора уротропина по 10 мл, чередующееся с 10% раствором хлористого кальция по 10 мл.

14/XI состояние больной средней тяжести. Язык сухой, температура 37,2—38,6°, пульс 120, АД 120/65. Пастозность в правой поясничной области, напряжение мышц спины и болезненность до уровня ложных ребер, а также незначительная контрактура в правом тазобедренном суставе.

Моча мутная, удельный вес 1017, белок — 6,6‰, большое количество лейкоцитов и эритроцитов в поле зрения. При хромоцистоскопии индигокармин слева появился на 9-й минуте, справа не появился. При проведении ретроградной пиелографии из правой почки выделился гной, на рентгенограмме были обнаружены расширенные почечные лоханки и чашечки.

15/XI состояние больной не улучшилось. Получено согласие на операцию.

Под местной анестезией произведено правостороннее вскрытие флегмоны ретроперитонеальной клетчатки пояснично-подвздошной области и правосторонняя нефростомия (А. Н. Баранов). По выпуклому краю почки вскрыта ее капсула, обнаружены четыре абсцесса величиной каждый с грецким орех. Через абсцесс вскрыта лоханка, куда вставлена тонкая дренажная трубочка. В ретроперитонеальную полость рыхло введены марлевые тампоны с мазью Вишневского и дренажные трубки. Через дренажные трубки введено по 1 000 000 ед. пенициллина и стрептомицина, растворенных в новокаине. Во время операции больной было сделано вливание 200 мл крови, 800 мл противошокового раствора, применялись медикаментозные сердечно-дыхательные стимуляторы и кислород по показаниям.

16/XI 1962 г. появились признаки расстройства мозгового кровообращения, 17/XI, на 10-е сутки от начала заболевания острым аппендицитом, больная скончалась.

Данные вскрытия. Состояние после аппендэктомии, правосторонней нефростомии. Септикопиемия. Множественные абсцессы обеих почек, амилоидный нефроз. Септическая, амилоидная селезенка. Дегенерация сердечной мышцы, печени. Отек легких.

Гнойный правосторонний плеврит. Множественные абсцессы мозга с мелкими подоболочечными очагами кровоизлияний. Множественные точечные кровоизлияния под серозные оболочки плевры, перикарда, брюшины. Гнойное расплавление ретроперитонеальной клетчатки пояснично-подвздошной области. Отечность голеней.

УДК 616.613—003.7—616.61

Р. Г. Альбекова (Казань). Сочетание нефролитиаза с другими заболеваниями почек

Сочетания нефролитиаза с другими заболеваниями почек чреваты диагностическими ошибками. Приводим краткие выписки из историй болезни наблюдавшихся нами больных с этими сочетанными заболеваниями.

1. В., 32 лет, поступила 25/II 1954 г. с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, тупые боли в левой поясничной области, сопровождающиеся высокой температурой. Боли тупого характера в поясничной области слева больная ощущает уже 20 лет. Диагноз направления — камень нижней трети левого мочеточника; калькулезный пиелонефроз.

Температура 38°. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пальпируется нижний полюс правой почки. Нижний полюс левой почки — у гребешка подвздошной кости. Почка резко болезненна, поверхность ее неровная.

На обзорной рентгенограмме в малом тазу слева в проекции нижней трети левого мочеточника тень конкремента 3×1,5 см.

Гем. — 44%, Э. — 2 540 000, Л. — 9 800, э. — 1%, п. — 7%, с. — 73%, л. — 13%, м. — 6%. РОЭ — 73 мм/час.

4/III 1954 г. под местной анестезией были произведены нефроуретерэктомия слева и литотрипсия (доц. Н. Х. Ситдиков).

Гистологический диагноз — гипернефроидный рак с очагами кровоизлияния и воспалением (доц. Н. А. Ибрагимова).

Послеоперационный период протекал гладко, и 20/III 1954 г. больная выписана для рентгенотерапии.

2. А., 57 лет, поступил 11/IX 1953 г. с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, периодически усиливающиеся и принимающие характер почечной колики. Болен с 1949 г. За это время с мочой отошло 6 конкрементов.

Пальпируется нижний полюс левой почки. Положительный симптом Пастернацкого слева.

30/IX 1953 г. под местной анестезией произведена левосторонняя нефрэктомия (доц. Н. Х. Ситдиков). Удаленная почка имела вид большого флюктуирующего мешка. Трояком выпущено около 2 л темной кровянистой жидкости. В верхнем полюсе почки был камень 1×1,5 см. При гистологическом исследовании пиелонефрит папиллярный рак лоханки и выраженный нефросклероз, хронический устонефрит.

Послеоперационный период протекал гладко.

19/X 1953 г. больной выписан для рентгенотерапии.

3. Г., 40 лет, поступил 22/VI 1958 г. с жалобами на приступ резких болей в правой поясничной области, высокую температуру, озноб, тошноту, рвоту. Боли появились 9/VI 1958 г., повторялись почти ежедневно. Подобные боли слева отмечал в 1956 г., тогда с мочой отходили конкременты.

Состояние больного при поступлении тяжелое. Температура 39°. Резкая боль при пальпации правой почки. Симптом Пастернацкого справа резко положительный.

Диагностирован острый калькулезный пиелонефрит.

Были применены антибиотики и сердечно-сосудистые средства. Внезапно состояние больного резко ухудшилось, температура повысилась до 42°, и 26/VI 1958 г. больной скончался при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.

На вскрытии был обнаружен поликистоз почек, обтурация правого мочеточника несколькими мелкими камнями, нагноение некоторых кист, сепсис. Резкая гиперплазия селезенки.

4. Г., 37 лет, поступила 2/I 1959 г. с жалобами на приступ резких болей в правой поясничной области. Больна с октября 1958 г., когда появились приступы болей в правой поясничной области с иррадиацией в пах и с дизурическими расстройствами. Приступ боли закончился отхождением конкремента. Подобные боли повторялись неоднократно то слева, то справа и сопровождалась отхождением камней.

Пальпируется плотная, бугристая левая почка. Правая почка также бугристая. Симптом Пастернацкого справа резко положительный.

На обзорной рентгенограмме теней от конкрементов не определяется. На ретроградной пиелограмме видны резко удлиненные бокалы, характерные для поликистоза почек.

Больная в удовлетворительном состоянии выписана для амбулаторного лечения.

5. М., 27 лет, поступила 9/VI 1960 г. с жалобами на боли постоянного характера в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание, мутную мочу. Больна в течение месяца.

В осадке мочи эритроцитов 1—2 в поле зрения, лейкоциты покрывают все поле зрения.