

СЛУЧАЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ОТСУТСТВИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Е. П. Архипов

Из хирургического отделения (зав. отделением — Г. М. Кузнецов) 2-го больнично-поликлинического объединения г. Бугульмы (главврач — А. П. Щекотоло)

Б-ная К., 32 лет, заболела остро 15/IX-57 г. Поступила в хирургическое отделение 16/IX-57 г. с диагнозом: «обострение желчнокаменной болезни» и жалобами на приступообразные резкие боли в правом подреберье, иррадирующие в правое плечо и позвоночник, также на тошноту и неоднократную рвоту.

Больна с 1953 г. Частые приступы болей сопровождались, как правило, желтухой и обесцвечиванием кала. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно.

Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и склеры желтушны. Язык обложен. Пульс — 98, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. Дыхание везикулярное. Артериальное давление — 120/60. Живот нормальной конфигурации, мягкий. При пальпации правого подреберья отмечается умеренное напряжение мышц. Положительные симптомы «кашлевого толчка», Ортнера, Керра и Георгиевского — Мюсси. Нижний край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги, болезненный. Моча темно-желтого цвета.

В день поступления: Л. — 9 100, п. — 12%, с. — 71%, л. — 15%, м. — 2%. РОЭ — 17 мм в час. В моче желчные пигменты.

Консервативные лечебные мероприятия не улучшили состояния больной, желтуха нарастала, появились ознобы, болевые приступы следовали один за другим, температура держалась на цифрах 38,8—38,4°.

18/IX-57 г.: гем. — 70%; Л. — 10 000, п. — 16%, с. — 68%, л. — 13%, м. — 3%, РОЭ — 50 мм в 1 час.

18/IX-57 г. в 18 часов предпринята операция (Г. М. Кузнецов) под новокаиновой инфильтрационной анестезией с добавлением общего эфирного наркоза. Кожный разрез по способу А. М. Калиновской. Желчный пузырь не обнаружен. Общий желчный проток в диаметре около 3 см, просвет его на всем протяжении выполнен крупными желчными камнями. Произведена холедохотомия, удалено 5 серовато-желтых камней размером от 0,5 × 1,0 до 1,5 × 2 см. Зондирование желчного протока в центральном и периферическом направлениях показало его полную проходимость. Отмечено разделение желчного протока перед входом в печень на правый и левый ходы. Пузырный проток не обнаружен. В желчный проток введен резиновый дренаж по А. В. Вишневному, в брюшную полость введено 4 тампона. Рана послойно зашита. Асептическая повязка. Перелито 400 мл одногруппной консервированной крови.

После операции ежедневно выделялось от 300 до 500 мл желчи. На 10 день дренажная трубка пережата на 3 часа, на 12 день — на 24 часа, при этом никаких болей больная не отмечала. 30/IX-57 г. произведена холангиография с введением через дренажную трубку 25% раствора сергозина (40 мл). Установлены полная проходимость протоков и отсутствие пузырного протока и желчного пузыря. На 14 день после операции удалены резиновый дренаж и последний тампон. По закрытии желчного свища 22/X-57 г. б-ная выписана в хорошем состоянии. Заживление раны в месте свища вторичным натяжением.

Поступила 18 января 1958 г.

ДВА СЛУЧАЯ ГЕМОФИЛИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СЕЛЬСКОЙ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л. И. Никошин

Из Ново-Салманской участковой больницы Алькеевского района Татарской АССР

Основным симптомом гемофилии являются продолжительные и поэтому значительные, угрожающие, иногда смертельные кровотечения, после каких-либо травм, нарушающих целостность кровеносных сосудов.

При исследовании больных гемофилией не находят каких-либо свойственных этому заболеванию изменений со стороны внутренних органов. Только внешний вид больного иногда примечателен некоторой бледностью или кровоподтеками на кожных покровах.