

больному назначен преднизолон по 10 мг 4 раза в день. В процессе лечения у больного наблюдались быстроходящие боли в подложечной области, но на это особого внимания не обратили. 3/II 1967 г. состояние больного внезапно резко ухудшилось, появилась обильная кровавая рвота. Заподозрена острая гормональная язва желудка. К этому времени больной получил 420 мг преднизолона.

Капельное переливание консервированной крови, плазмы, внутривенные инъекции 10% раствора хлористого кальция, витамин К, холод на живот, диета Мейленграхта в течение 3 дней успеха не принесли, кровотечение продолжалось. К 6/II 1967 г. содержание Гем. упало до 23 ед. Свертываемость крови по Мас — Магро — 2 мин., время кровотечения из мочки уха — 1 мин., протромбиновый индекс 96%. Больной переведен в хирургическое отделение.

Сделана еще одна попытка остановить кровотечение без оперативного вмешательства. Назначен трасилол 50 000 ед. капельно внутривенно в 600 мл 5% раствора глюкозы. Кровавая рвота прекратилась. 7/II 1967 г. кровавой рвоты нет, состояние больного не ухудшается. Снова назначен трасилол в той же дозе. В последующие дни состояние больного постепенно начало улучшаться, кровавой рвоты не наблюдалось, стул приобрел обычный цвет.

Данный пример позволяет нам рекомендовать введение трасилола при острых гормональных язвенных кровотечениях желудочно-кишечного тракта.

В настоящее время ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, инипрол, зимофрен, эпсилон-аминокапроновая кислота) начинают находить широкое применение при торакальных, гинекологических и других операциях, сопровождающихся массивными кровотечениями. Без них невозможно обойтись при проведении операций с помощью аппарата искусственного кровообращения.

При упорных кровотечениях в состав развернутой коагулограммы нужно включать определение фибринолитической активности крови.

УДК 616.613—007.63—616—089

Б. К. Зарубин (Балашов). К оперативному лечению гидронефроза, вызванного добавочным сосудом

Одной из причин развития гидронефроза является добавочный сосуд, перекрещивающийся с мочеточником у места выхода последнего из лоханки.

Нами произведена операция перемещения добавочного сосуда при помощи гамака, образованного из передней поверхности фиброзной капсулы почки.

Б., 31 года, поступила в урологическое отделение 10/II 1964 г. с жалобами на частые приступы почечной колики справа. Болеет в течение десяти месяцев. В январе 1964 г. приступы почечной колики повторялись три раза.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Хромосцистоскопия: емкость пузыря нормальная; слизистая без изменений; индигокармин слева появился на 5-й мин., справа не появился в течение 12 мин. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не выявлено. Внутривенная урография сергозином: через 10—15—30 мин. справа контраста нет, слева контрастное вещество заполняет чашечки, лоханку и часть мочеточника. 12/II произведена ретроградная пиелография сергозином справа. Контрастное вещество хорошо заполняет мочеточник до уровня второго поясничного позвонка. Затем тень контраста прерывается. Большой гидронефротический мешок без очертаний чашечек имеет менее контрастную тень, едва различается на фоне кишечного газа. Во время пиелографии инфицировался гидронефротический мешок.

14/II у больной появился озноб, повысилась температура до 39,8°.

15/II 1964 г. (Б. К. Зарубин) под интубационным эфирно-кислородным наркозом разрезом по С. П. Федорову справа обнажена почка. Она увеличена, темно-синюшного цвета. Обнаружен среднего диаметра сосуд, идущий к нижнему полюсу почки и пересекающий мочеточник спереди у выхода из лоханки. Пережатие сосуда вызывает изменение цвета нижнего полюса почки. Лоханка смешанного типа, расширена. Сосуд мобилизован. На середине выпуклой поверхности почки фиброзная капсула с помощью желобоватого зонда рассечена от нижнего до верхнего полюса и отделена от передней и задней поверхности ее. На поверхности почки стали заметны рассеянные гнойнички величиной с булавочную головку. У ворот почки капсула передней поверхности отсечена до уровня почти нижней границы верхнего полюса. Образовавшийся подвижный лоскут на ножке подведен под сосуд. Последний перемещен на лоханку путем подтягивания вверх за край свободного лоскута фиброзной капсулы и подшит к основанию лоскута. Таким образом сосуд оказался в фасциальном гамаке. Прокладимость его не нарушилась. Лоханка уменьшилась в размере. Произведена обычная нефростомия. До вставления резиновой дренажной трубки через нефротомическое отверстие проведен резиновый детский катетер до лоханки, а затем в мочеточник с целью определения проходимости прилоханочного отдела мочеточника. Удален детский катетер и вставлена резиновая дренажная трубка обычного диаметра до лоханки. Рана орошена раствором антибиотиков. В верхний угол раны вставлена марлевая салфетка, на мышцы наложены послойные узловые кетгутовые швы, узловые шелковые швы и асептическая наклейка на кожу. Послеоперационный период проходил гладко.

5/III 1964 г. Б. выписана в хорошем состоянии.
С 14/IV по 22/IV 1966 г. она находилась на контрольном обследовании. Жалоб не предъявляла.

В доступной нам литературе описания подобной операции мы не нашли.

УДК 611.36

И. И. Кошер и С. С. Ваниев (Благовещенск). Редкая патология внепеченочных желчных ходов

Ч., 26 лет, поступила 25/X 1966 г. с жалобами на боли в правом подреберье, рвоту на высоте приступа болей. Заболела в пятилетнем возрасте. Подобные приступы болей возникали 3—5 раз в год, к врачам не обращалась. В возрасте 16 лет впервые после приступа появилась желтуха и при обследовании диагностирован лямблиозный холецистит. В дальнейшем приступы также сопровождались желтухой, обесцвечиванием кала и потемнением мочи. При дуоденальном зондировании в 1961 г. был обнаружен «песок» в желчи.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Желтухи нет. В правом подреберье легкая болезненность. Печень и селезенка не пальпируются. При дуоденальном зондировании желчи не получено. На холецистограмме от 31/X отчетливых теней, говорящих о наличии конкрементов, не получено. Опорожнение пузыря замедленное.

3/XI 1967 г. при лапаротомии обнаружено редкое уродство развития наружных желчных путей. Желчный пузырь деформирован множеством сращений, умеренно увеличен в размерах, с широким (до 1 см) пузырным протоком, переходящим в холедох, который представляет собой мешковидное образование 7×7×6 см, выпирающее в салниковую сумку. Головка поджелудочной железы на участке, прилежащем к duodenum, диффузно уплотнена. После разделения сращений и мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру природу уплотнения головки pancreas не удалось установить. Сделана дуоденотомия. Большой дуоденальный сосок оказался неизмененным, из него слабо поступает желчь. При пункции холедоха получено 100 мл мутноватой желчи. Произведена операционная холангиография йодопиполом. Она показала, что печеночные протоки впадают в желчный пузырь в его внебрюшинном отделе, камней в пузыре нет, а из мешковидного холедоха поступление йодопипола в duodenum очень слабое. Сделана холедохотомия. Удалено 5 свободно лежащих конкрементов размерами от 0,5 см до 1,5 см в диаметре. Рана двенадцатиперстной кишки зашита. Тощая кишка в 20 см от трейцевской связки пересечена, мобилизована на протяжении 35 см по Коморовскому, культи ее ушита. Наложен энтеро-энтероанастомоз «конец в бок». Произведена холедохостерностомия «бок в бок» с V-образно сшитой тонкой кишкой.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная осмотрена через год, самочувствие ее хорошее.

УДК 618.2—616—005.98—616.24

П. И. Панченко и И. И. Фрейдлин (Казань). К лечению отека легких во время беременности

Отек легких во время беременности является тяжелым осложнением, нередко заканчивающимся смертью. Как правило, он возникает на фоне острой сердечно-сосудистой недостаточности и сочетается с поздним токсикозом.

В последние годы для лечения больных отеком легких начали применять ганглиолитики, в частности пентамин, который в этих случаях дает хороший эффект, заменяя кровопускание (О. Б. Руднева, 1965; В. А. Фиалко и соавт., 1965, и др.). Л. В. Ванина (1966) рекомендует вводить его при отеке легких у беременных.

Мы успешно применили пентамин в комплексе с существующими методами лечения при отеке легких у беременной.

Д., 25 лет, первобеременная, доставлена в родильный дом № 2 19/III 1966 г. в 9 час. 15 мин. по поводу отека легких при беременности 33 недели.

Во время беременности был кашель, но больная никуда не обращалась. 19/III в 4 часа утра кашель усилился, появилось кровохарканье, температура поднялась до 38,5°. Больная вызвала врача скорой помощи.

Общее состояние тяжелое, положение тела вынужденное, полусидячее. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, выраженный цианоз слизистых и ногтевых фаланг. Значительные отеки стоп, голеней, наружных половых органов и передней брюшной стенки, одутловатость лица. Дыхание 40—46, поверхностное, хлопочущее, выделяется пенистая кровавистая мокрота в умеренном количестве.

АД 180/110, пульс 120, тоны сердца глухие. В легких мелкопузырчатые хрипы, больше справа в нижних отделах. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка больше справа в нижних отделах. Окружность живота 94 см. Дно матки на 31 см выше лона. Положение плода продольное, предлежит головка, расположенная над входом в малый таз. Сердцебиение плода выслушать не удается. В моче белка 3,3%, единичные гиалиновые цилиндры.