

Общее состояние средней тяжести, кожные покровы желтушны. Пульс—84, удовлетворительного наполнения. АД—150/80. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом, живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье, край печени ниже реберной дуги на 4 см, симптом Орнтера положительный.

Лейкоцитов—7550, РОЭ—40 мм/час, билирубин—6,9 мг%, реакция прямая резко положительная.

В моче реакция на уробилин и желчные пигменты резко положительная, диастаза—128 ед. В кале реакция на стеркобилин положительная.

Консервативное лечение эффекта не дало. С диагнозом «острый калькулезный холецистит» больная 5/II взята на операционный стол (З. С. Дроздова). Под местной анестезией разрезом параллельно правому реберному краю вскрыта брюшная полость. Желчный пузырь 14×8×8 см, стенка его инфильтрирована. Обнаружена плотная опухоль поджелудочной железы 6×4×4 см, сдавливающая общий желчный проток. Желчный пузырь удален, а культя его протока шита в переднюю стенку пилорического отдела желудка отдельными кетгутовыми и шелковыми швами с дополнительной перитонизацией узловыми шелковыми швами. В ложе желчного пузыря и к анастомозу подведены сигаретный тампон и резиновая трубка. Послойное ушивание брюшной полости.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписана через 24 дня в удовлетворительном состоянии, желтуха исчезла.

Через 3 месяца больная чувствует себя хорошо, прибавила в весе, жалоб не предъявляет.

Поступила 6 июля 1963 г.

УДК 616.14—002—616.36

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ ЭНДОФЛЕБИТ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН (БОЛЕЗНЬ ХИАРИ)

Н. Т. Воробьева и М. С. Мороз

Терапевтическое отделение (зав.—А. З. Зайденберг) Ростовской-на-Дону
областной больницы (главврач—М. Ф. Мокроусов)

Впервые облитерирующий эндофлебит печеночных вен патоанатомически описал венский патологоанатом Хиари в 1899 г., а в 1905 г.—А. И. Абрикосов и впервые прижизненно диагностировал В. Е. Незлин в 1936 г.

Приводим наше наблюдение:

А., 19 лет, доставлена из района 21/VIII в тяжелом состоянии с жалобами на острую боль в животе, больше в правом подреберье, увеличение объема живота, затрудненное дыхание, рвоту, понос. Заболела внезапно 13/VIII после подъема тяжести, когда почувствовала резкую боль в животе, повысилась температура до 39°, появилась рвота, в течение суток живот резко увеличился в объеме. Больная находилась на стационарном лечении в районной больнице, где в течение 6 дней дважды производили пункцию брюшной полости, эвакуировали по 5–6 литров жидкости, и через сутки она вновь накапливалась. В мае у больной был произведен аборт.

Больная мечется, кричит и стонет от боли в животе (наркотики боль не снимают). Кожные покровы бледно-розовой окраски, губы цианотичны. Пульс—100, ритмичен. АД—80/50. Тоны сердца чистые, приглушены. Дыхание везикулярное. Язык влажен, чист. Живот резко увеличен в объеме, перкуторно определяется свободная жидкость.

Эвакуировано 3,5 литра лимонно-желтой прозрачной жидкости. Пальпируется печень на 6 см ниже реберной дуги, поверхность ее гладкая. Селезенку пальпировать не удается. У больной дважды была рвота массами цвета кофейной гущи. Гем.—105%, Э.—5 180 000. РОЭ—3 мм/час, Л.—34 000, п.—14%, с.—78%, л.—5%, м.—3%.

Антибиотики, антикоагулянты, сердечно-сосудистые средства, обезболивающие эффекта не дали. 22/VIII в 9 ч. утра (после 37-часового пребывания в стационаре) больная скончалась.

Клинический диагноз—«тромбоз в системе воротной вены».

При вскрытии (М. С. Мороз) в просвете правой печеночной вены найден сухой матовый кровяной сверток серовато-белого цвета, полностью выполняющий просвет сосуда и плотно связанный с его стенкой. Интима сосуда утолщена, белесовата, просвет в области устья резко сужен. На разрезе видны разветвления этой вены, выполненные сухими матовыми кровяными свертками от 0,3 до 1 см в диаметре. Стенки печеночных вен утолщены, просвет их зияет.

При микроскопии в просветах вен видны свежие смешанного характера тромбы. В стенках вен склеротические изменения с резким сужением просвета сосудов с лимфоцитарными инфильтратами. Очаги некроза печеночной ткани. Местами выраженные дистрофические изменения печени — зернистая жировая инфильтрация периферии долек.

Анатомический диагноз: Облитерирующий печеночный флебит (болезнь Хиари). Тромбоз правой печеночной вены и ее разветвлений. Асцит. Истощение.

Поступила 26 января 1963 г.

УДК 616.37—003.7

К КЛИНИКЕ КАМНЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. А. Шапиро и В. М. Волчек

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. В. С. Семенов)
Калининского медицинского института, на базе Областной больницы № 1
(главврач — засл. врач РСФСР А. А. Соколов)

Камни поджелудочной железы встречаются сравнительно редко.

Впервые камни поджелудочной железы описаны Граафом в 1667 г. Н. И. Лепорским к 1951 г. собрано в мировой литературе 306 случаев калькулезного панкреатита. В более поздней отечественной литературе нами найдены сообщения еще о 15 больных с камнями поджелудочной железы.

Диагностика камней поджелудочной железы крайне затруднительна, так как в клинике заболевания нет патогномоничных симптомов. Камни чаще находят на операции по поводу какого-либо другого заболевания или на аутопсии. Единственно надежным методом предоперационной диагностики панкреатита является рентгенологическое исследование. При этом находят различной величины тени в области панкреаса, которые, в отличие от камней почек и желчного пузыря, располагаются ближе к позвоночнику и имеют расплывчатые контуры в связи с подвижностью железы, вызванной пульсацией аорты.

Сравнительная редкость данного заболевания и трудности предоперационной диагностики дают основание к описанию даже единичных наблюдений.

С 1953 по 1962 гг. в хирургическом отделении областной больницы только у двоих больных с острым и хроническим панкреатитом обнаружены камни поджелудочной железы.

Приводим одно наше наблюдение.

Г., 54 лет, поступила в клинику 24/IX 1962 г. с жалобами на сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую половину поясницы, ознобы, повышение температуры до 38,4°. Несколько раз была рвота. Больна с 1935 г. Неоднократно находилась на стационарном лечении по поводу «хронического гастрита».

Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, в правом подреберье пальпируется опухолевидное образование округлой формы, с гладкой поверхностью, резко болезненное. Селезенка не увеличена, почки не пальпируются. Диагноз при поступлении: обострение хронического холецистита.

Гем.—70%, Л.—8300, п.—12%, с.—56%, л.—27%, м.—4%, э.—1%, РОЭ --- 59 мм/час. Билирубин крови по Ван-ден-Бергу—0,70 мг%, холестерин крови по Энгельгардту и Смирновой—196 мг%, диастаза мочи—32 ед.

Рентгенологически патологии со стороны желудочно-кишечного тракта нет.

С диагнозом «обострение хронического холецистита» 4/X 1962 г. больная оперирована под эфирно-кислородным интубационным наркозом.

Желчный пузырь не изменен, в желчных путях патологии не найдено. При ощупывании поджелудочной железы в ее головке обнаружены 3 камня, которые располагались субкапсулярно и были хорошо видны (просвечивали через капсулу). В остальных местах ткань железы имела обычную консистенцию. Камни удалены панкреатотомией. Удаленные камни размерами 2,5×1,5 см, 1,8×1,2 см, 1×1 см, белого цвета, поверхность их многогранна. Биохимическое исследование удаленных камней обнаружило соли фосфорнокислого и щавелевокислого кальция.

Послеоперационный период протекал гладко.

После снятия швов произведена контрольная рентгенография эпигастральной области. На рентгенограмме выявилась тень крупного камня неоднородной структуры в хвостовой части поджелудочной железы, не обнаруженного во время операции.

На 14-й день больная выписана в хорошем состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Караванов А. Г., Попов Л. Н., Волчек В. М. Казанский мед. ж., 1961, 6.—2. Лепорский Н. И. Болезни поджелудочной железы. М., 1951.

Поступила 22 декабря 1962 г.