

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.