

верхнюю горизонтальную ветвь дуоденум. Линия швов укрыта остатками салыника. Наложен широкий межкишечный анастомоз по Брауну. Через контрапертуру в правом подреберье к культе двенадцатиперстной кишки подведены резиновый ирригатор и марлевая полоска. Брюшная стенка послойно ушита наглухо.

Антрально-пилорический отдел удаленного желудка инфильтрирован, стенозирован. Привратник пропускает лишь конец кровоостанавливающего зажима. Слизистая оболочка дистальных отделов отечна, со множеством сливающихся между собой эрозий, проникающих до подслизистого, а местами и мышечного слоев.

Гистологическое заключение: хроническая прогрессирующая язва.

Послеоперационный период осложнился желудочным кровотечением, которое было остановлено консервативными мерами.

На 5-й день после операции больному разрешено пить воду и бульон, принимать жидкую манную кашу. Ночью этого дня через трубку контрапертуры выделилось около 20—30 мл желтоватой жидкости (заподозрен дуоденальный свищ). Однако в последующие дни выделения из дренажной трубки уменьшились, а на 3-й день полностью прекратились. Удалена дренажная трубка. Заживление операционной раны первичным натяжением. Выписан на 20-й день после операции в хорошем состоянии (тем. 37,2°, Э. 4 500 000; РОЭ 30 мм/час).

В доступной нам литературе мы не нашли подобных сообщений.

Происшедший отрыв 12-перстной кишки от желудка, видимо, был вызван гидродинамически, резким сокращением диафрагмы при переполненном жидкостью желудке.

УДК 616.367—089

Доц. Б. Л. Еляшевич, В. А. Аринин (Казань). Объем оперативного вмешательства при кисте общего желчного протока

Киста холедоха представляет собой редкую аномалию желчных протоков. Первым эту патологию описал в 1723 г. Фатер, а в отечественной литературе — в 1898 г. М. И. Ростовцев. Размеры кистозно расширенного холедоха могут быть значительными, с голову человека и больше. А. А. Оглоблин (1927) описывает кисту, содержащую 7 л желчи.

Крайняя редкость этого страдания и часто невыраженная симптоматика ведут к тому, что киста холедоха практически не диагностируется до операции, с трудом распознается на операционном столе и окончательно определяется только на секции.

Типичная клиническая картина складывается из следующих симптомов: наличие опухоли в правом верхнем отделе живота; механическая желтуха, носящая чаще интермиттирующий характер; боли в правой подвздошной области. По И. М. Тальману (1963) желтуха наблюдалась у 73% больных, боль у 65%, опухоль прощупывалась у 60%.

Большинство авторов считает операцией выбора наложение соустья между кистозным расширением общего желчного протока и двенадцатиперстной кишкой. И. М. Тальман (1963) считает обязательным удаление желчного пузыря, так как функция его будет нарушена из-за отсутствия сфинктера Одди. Успешное удаление кисты холедоха с последующим наложением анастомоза с тощей кишкой или желудком описали М. А. Каляева (1954), А. Л. Фенелонов (1957), Я. М. Литвак (1964).

Экстирпация больших врожденных кист холедоха в детском возрасте, на наш взгляд, сопряжена с риском для жизни. Забрюшинное расположение кисты, интимное сращение с двенадцатиперстной кишкой и головкой поджелудочной железы вызывают значительную травму для ребенка при удалении кисты. Атрезия сфинктера Одди создает технические трудности при ушивании дистального отдела холедоха.

Приводим наше наблюдение.

С., 3 лет, поступил 26/XII 1968 г. с жалобами на небольшие боли в эпигастрии. Мать ребенка отмечает, что около 3 месяцев в животе над пупком пальпируется опухоль больших размеров. За последнее время ребенок похудел, плохо ест и жалуется на боли в области опухоли.

Ребенок развит соответственно возрасту, упитанность понижена, бледен. Легкие и сердце без изменения. Живот увеличен в размерах, в эпигастриальной области видна округлая опухоль, приподнимающая переднюю брюшную стенку при глубоком вдохе. Весь эпигастриальный отдел занят округлым образованием 10 × 12 см, тугоэластической консистенции. Образование фиксировано. Верхний полюс его неотделим от печени. При пальпации ребенок почти не чувствует боли.

Заподозрена киста печени и проведено клиническое обследование. Анализ крови не выявил отклонений от нормы, реакция крови на билирубин по Ван-ден-Бергу прямая, положительная, количество билирубина в крови по Бокальчуку — 102,4% (в день анализа у ребенка появилась желтуха). Ретропневмоперитонеография определила забрюшинное расположение опухолевидного образования, теневые контуры которого неотделимы от печени. На основании данных клинико-рентгеногра-

фических исследований у ребенка предположена киста печени со сдавленным желчевыводящим протоком.

17/1 1969 г. под поверхностным интубационным эфирно-закисно-кислородным наркозом произведена срединная лапаротомия (Б. Л. Еляшевич). При ревизии обнаружена киста, располагающаяся забрюшинно под правой долей печени. Двенадцатиперстная кишка и головка поджелудочной железы распластаны на ее передней поверхности и сращены с ее капсулой. Произведена пункция кисты, получена светлая желчь. Методом гидравлической препаровки киста выделена из забрюшинного пространства. Обнаружено, что она исходит из общего желчного протока, а пузырьный проток исходит из правой стенки этой кисты. Часть общего желчного протока и печеночные правый и левый протоки резко расширены (до 6—8 мм). После отсечения препарата наложен анастомоз между культей общего желчного протока и тощей кишкой с брауновским соустьем. В ложе кисты подведены тампоны, брюшная полость зашита с введением микроиригатора. В течение операции АД дважды снижалось до 70/30. Гемотрансфузия и внутривенное введение гидрокортизона нормализовали давление.

Послеоперационное течение в первые сутки осложнилось гипертермическим синдромом. Через 3 часа после окончания операции температура поднялась до 41,6°. Мероприятия по снижению температуры (инъекция реопиррина, аспирин, влажные обертывания, лед на голову и пр.) эффекта не дали, и при явлениях гипертермии и острой сердечно-сосудистой недостаточности ребенок скончался через 9 часов после операции. Смерть наступила вследствие отека мозга, вызванного гипертермическим синдромом на фоне большой травматичности оперативного вмешательства и печеночной недостаточности.

Настоящее наблюдение имеет целью предостеречь хирурга, встретившего врожденную кисту желчевыводящих протоков, от радикального вмешательства. Учитывая патогенез этих кист, следует предположить развитие у больных скрытой печеночной недостаточности. Послеоперационный период у детей, оперированных по поводу врожденных кист желчных протоков, может осложниться гипертермическим синдромом, который, как известно, нередко заканчивается летально. Операцией выбора в этих случаях следует признать наложение цисто-еюноанастомоза с брауновским соустьем.

УДК 616.367—615.7

Канд. мед. наук В. С. Нужина (Казань). Эффективность плантаглюцида при воспалительных заболеваниях желчевыводящих путей

Плантаглюцид представляет собой суммарный препарат из листьев подорожника большого, предложенный Харьковским НИХФИ. По экспериментальным и клиническим данным, плантаглюцид обладает спазмолитическими и противовоспалительными свойствами, несколько усиливает секрецию желудочного сока, практически не вызывает побочных явлений и хорошо переносится больными. Учитывая это, мы применили плантаглюцид для амбулаторного лечения больных с хроническими воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей. Под наблюдением находилось 19 женщин и 2 мужчин в возрасте от 16 до 68 лет. У 12 больных был хронический бактериальный холецистит, у 3 — холецистохолангит, у 4 — состояние после холецистэктомии, у 2 — бактериальный ангиохолит с симптомами хронического панкреатита, у 1 — калькулезный холецистит и у 1 — холецистит и пилородуоденит. У 7 чел. давность заболевания была от 3 до 5 лет, у 8 — от 6 до 10 лет и у 6 — больше 10 лет. Все больные ранее неоднократно и малоуспешно лечились амбулаторно или стационарно по общепринятой схеме (антибиотики, желчегонные и прочие средства).

Лечение плантаглюцидом было начато в период обострения холецистита. Методика лечения: плантаглюцид в гранулах применяли в течение месяца по одной чайной ложке 3 раза в день в половине стакана теплой воды за 30 мин. до еды; в течение 2-го месяца — по одной чайной ложке 2 раза в день, 3-го — 1 раз в день. При хронических бактериальных ангиохолециститах плантаглюцид назначали по 2 чайные ложки 3 раза в день в 1-й месяц, по 1 чайной ложке 3 раза в день во 2-й, затем 2 и 1 раз в день в 3 и 4-й месяцы. Общая продолжительность курса лечения — 3—4 месяца. В течение года проводилось 1—2 курса.

У 20 больных через 4—6 дней после начала лечения уменьшились или исчезли боли, у 18 на 6—8-й день улучшился аппетит, исчезли диспепсические явления и вздутие живота, нормализовался стул. Через 2 месяца у 4 больных уменьшились размеры печени, у 2 нормализовались температура и РОЭ. При контрольном дуоденальном зондировании у всех пациентов выявлено заметное уменьшение воспалительных изменений (количества хлопьев, слизи, лейкоцитов) в желчи В и С. Исследование желудочного содержимого показало, что у 9 человек пониженные цифры кислотности приблизились к нормальным, уменьшилось количество слизи натощак.

Все пациенты отмечали приятный вкус плантаглюцида и легкую переносимость его. Лишь у одной больной с бактериальным холециститом и пилородуоденитом