

Мы установили изолированные повреждения поджелудочной железы у 4 (1,26%) из 318 больных, поступивших в отделение неотложной хирургии с закрытыми травмами живота.

Приводим некоторые наши наблюдения.

1. Н., 15 лет, поступил 21/I 1960 г. по поводу закрытой травмы живота. Резкие боли в эпигастрии, рвота. Температура 37,8°, пульс 100, АД 110/65. Положение вынужденное — на левом боку. При перемене положения боли усиливаются. Живот отстает в акте дыхания, определяется умеренно выраженное напряжение слева и резкое — в правом верхнем квадранте. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Гем. — 90 ед., Л. — 13 000, п. — 12%, с. — 74%, м. — 6%, л. — 8%. При рентгеноскопии грудной и брюшной полости патологии не найдено. Спустя 2 часа стали четко проявляться симптомы раздражения брюшины. Л. — 15 000, п. — 23%, с. — 66%, м. — 5%, л. — 6%.

Экстренная лапаротомия. В брюшной полости серозно-геморрагическая жидкость, брюшина гиперемирована, большой сальник отечен, сморщен. На брыжейке, брюшине и сальнике пятна жирового некроза. Массивное кровоизлияние в корень брыжейки поперечноободочной кишки и малый сальник. Значительный участок кровоизлияния в области головки поджелудочной железы. После рассечения брюшины над железой ее ложе инфильтрировали раствором новокаина с антибиотиками. Подвели дренаж и отгораживающие тампоны. Диастаза мочи в день операции — 1028 ед., на 5-й день — 128 ед., в последующие — 64 ед. Выздоровление.

2. В., 22 лет, поступил 13/VII 1960 г. по поводу закрытой травмы живота и сотрясения головного мозга. Состояние удовлетворительное, температура 37,4°, АД 130/70, пульс 80. Живот в акте дыхания участвует, пальпаторно определяется умеренная болезненность правой половины живота.

Гем. — 82 ед., Л. — 14 500, п. — 4%, с. — 85%, м. — 4%, л. — 7%. Спустя 6 часов после поступления состояние резко ухудшилось: усилились боли, появилось выраженное напряжение передней брюшной стенки.

Экстренная лапаротомия. В брюшной полости небольшое количество геморрагической жидкости. Массивное кровоизлияние в области брыжейки поперечноободочной кишки. На сальнике и брюшине пятна жирового некроза. В области тела поджелудочной железы поверхностное повреждение ткани железы.

Ложе железы инфильтрировали раствором новокаина с антибиотиками, подвели дренаж и тампоны к месту повреждения. После операции диастаза мочи — 128 ед., диастаза жидкости брюшной полости — 2048 ед. Послеоперационное течение осложнилось образованием панкреатического свища. Лечение консервативное. Выздоровление.

Исходом травматического повреждения поджелудочной железы при закрытой травме живота может быть образование кисты, что подтверждает одно из наших наблюдений.

3. С., 29 лет, поступил 3/XI 1965 г. по поводу закрытой травмы живота. Состояние удовлетворительное, АД 120/70, пульс 68. Живот мягкий, болезнен, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В течение последующих 9 дней больного продолжали беспокоить боли в эпигастрии. На 10-й день при продолжающихся болях в животе в эпигастрии стало определяться болезненное опухолевидное образование с четкими границами. Диагностирована травматическая киста поджелудочной железы. 19/XI 1965 г. больной был оперирован. Диагноз подтвердился. Вследствие выраженного спячного процесса радикальная операция оказалась невыполнимой. Произведена марсупиализация. Сформировавшийся свищ закрылся самостоятельно через 2 месяца. Выздоровление.

Таким образом, клиническая картина изолированного повреждения поджелудочной железы не имеет каких-либо патогномоничных симптомов. Диагностика практически может быть только операционной.

Повышение диастазы мочи следует считать безусловно характерным признаком повреждения поджелудочной железы.

У всех наших больных наблюдалась клиническая картина двухфазного разрыва поджелудочной железы. При сравнительно удовлетворительном состоянии больных во время поступления спустя 6—24 и более часов внезапно ухудшалось общее состояние и развивался синдром «острого живота».

УДК 616.36—616—001

Канд. мед. наук А. П. Шапкина (Владивосток).
«Симптом пупка» при повреждениях печени у детей

Диагностика и лечение повреждений печени у детей до настоящего времени остаются актуальным вопросом в хирургической практике. Распознавание повреждений печени у малолетних иногда бывает затруднено из-за невозможности собрать анамнез и расспросить ребенка о болевых ощущениях.

Ввиду этого мы решили описать симптом, отмеченный нами у детей с травмами печени. В 45 изученных нами историях болезни детей с разрывами печени было упоминание на болезненность живота при пальпации, локализовавшуюся чаще всего в пра-

вом подреберье или правой половине живота. Реже болезненность была разлитой, без четкой локализации. У 8 детей дежурные хирурги отметили резкую болезненность при надавливании на пупок. Мы обратили внимание на этот симптом, названный нами «симптомом пупка», и в дальнейшем проверили его еще у 5 детей с повреждением печени. Во всех случаях он оказался резко выраженным.

Болезненность при надавливании на пупок при разрывах печени легко объяснить дополнительным травмированием поврежденного органа при натягивании круглой связки. При этом пальпация области правого подреберья менее болезненна, чем надавливание на пупок.

Проверка этого симптома у детей с разлитыми гнойными перитонитами различной этиологии показала, что ни в одном случае он не был положительным. Если иногда надавливание на пупок и вызывало болезненность, то она была по интенсивности такой же, как и при пальпации других отделов живота.

При травмах органов брюшной полости (исключая печень), сопровождавшихся внутрибрюшным кровотечением, этот симптом оказался положительным у ребенка 2,5 лет с разрывом сосудов брыжейки тонкой кишки.

Все эти данные позволили нам считать «симптом пупка» характерным для повреждений печени и рекомендовать его при затруднениях в диагностике, возникающих в некоторых случаях при закрытых травмах живота.

УДК 616.714/716—617.518—616—001—616.36

Г. Я. Лакирович (Чебоксары). Функции печени при черепно-мозговой травме

При острой черепно-мозговой травме вследствие нарушения функций гипоталамо-мезенцефальных отделов мозга возникают расстройства регуляции основных физиологических процессов в организме, что приводит к нарушению деятельности многих органов.

Мы поставили целью изучить нарушения функции печени при острой черепно-мозговой травме. В качестве показателей функционального состояния печени определяли содержание в крови билирубина, общего белка и белковых фракций методом электрофореза на агаре, величину протромбинового индекса крови, фибриногена плазмы, холестерина. Одновременно изучена активность некоторых ферментов сыворотки крови: глутамикоаланиновой (АЛГ) и глутамикоаспарагиновой (АСТ) трансаминаз (по методу К. Г. Капетанакиса, 1962), щелочной фосфатазы (по методу Бодански, 1932—1933), псевдохолинэстеразы (по методу Венсана и Сеганзака). Ставили также пробу Вика — Пытеля.

Обследовано 20 больных в возрасте от 15 до 50 лет с острой черепно-мозговой травмой, осложненной интракраниальными кровоизлияниями. Тяжесть травмы оценивали по длительности и степени нарушения сознания, степени повреждения костей черепа, выраженности очаговых поражений головного мозга, массивности субарахноидального кровоизлияния, реакции со стороны периферической крови и температуры тела. Ушиб головного мозга средней степени был у 9 больных, тяжелый — у 6, ушиб головного мозга со сдавлением — у 5. У 10 больных ушибы головного мозга сопровождались переломами костей свода черепа, в том числе у 5 — переломом основания черепа. У 5 больных во время оперативного вмешательства удалены эпидуральные и внутримозговые гематомы.

Биохимические исследования у больных произведены в первые 24—48 часов с момента травмы, а затем перед выпиской (18—21-й день). В исследуемую группу не вошли пациенты, перенесшие заболевания печени, желудочно-кишечного тракта и почек.

Билирубин был повышен у 15 больных (до 1,0—1,5 мг%). Во всех случаях реакция была прямая, замедленная. Чем тяжелее состояние больного, чем массивнее субарахноидальное кровоизлияние, тем выше количество билирубина в сыворотке крови. С улучшением состояния количество билирубина у всех исследуемых приближается к норме. Нормализация билирубина происходит значительно быстрее, чем других показателей. Нарушения пигментного обмена при острой черепно-мозговой травме зависят, по-видимому, как от распада эритроцитов при интракраниальном кровоизлиянии, так и от функциональной недостаточности печеночных клеток.

У большей части больных получены нормальные показатели холестерина сыворотки крови, у трети больных выявлена незначительная гиперхолестеринемия (от 205 до 235 мг%). К моменту выписки из отделения показатели холестерина у всех исследуемых нормализовались. В изменении холестерина сыворотки крови большую роль играют, по-видимому, как непосредственное повреждение мозгового вещества, так и вторичные нарушения функции печени.

Параллельно нарастанию тяжести черепно-мозговой травмы у всех исследуемых больных обнаружено достоверное снижение содержания альбуминов и альбуминоглобулинового коэффициента. Среднее содержание альбуминов составило $47,19 \pm 1,25\%$ (при норме $53,03 \pm 3,94\%$, $P < 0,01$). Одновременно у большинства больных отмечено увеличение содержания глобулина, особенно α_1 и α_2 . К моменту выписки больных (18—21-й день) показатели белковых фракций не приходят к норме, а в некоторых