

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

случаях отмечается даже больший сдвиг показателей белковых фракций, чем в первые дни после травмы.

Изменений со стороны общего белка сыворотки крови и протромбинообразовательной функции печени как в остром периоде, так и при клиническом выздоровлении не отмечено ни в одном случае. Концентрация фибриногена в плазме изменялась в зависимости от тяжести травмы и превышала норму у половины исследуемых больных, достигая 450—777 мг%. С улучшением состояния больных содержание фибриногена приближалось к норме.

Повышение активности АЛТ выявлено у 11 из 20 больных, а АСТ — у 16. Среднее содержание АЛТ — $44,2 \pm 3,05$ ед., АСТ — $92,0 \pm 6,1$ ед. ($P < 0,001$). Нами отмечено, что при нарушении целостности мозгового вещества показатели АСТ превышают активность АЛТ в 1,5 раза. У 6 больных, у которых болезнь приняла затяжной характер, активность трансаминаз оставалась повышенной к 21-му дню с момента травмы.

Нарушения показателей активности щелочной фосфатазы обнаруживались крайне редко.

У большинства исследуемых больных зарегистрировано снижение активности псевдохолинэстеразы до 30 ед. (при колебаниях у здоровых людей от 45 до 60 ед.). Отмечен параллелизм между уровнем активности псевдохолинэстеразы и содержанием альбуминов.

Снижение показателей антитоксической функции печени в пробе Квика — Пытеля (50—65%) выявлено у всех 15 исследованных больных. С улучшением состояния больных показатели улучшаются, но не достигают нормальных цифр.

Вторичные нарушения функции печени могут иметь значение для дальнейшего течения патологического процесса, вызванного травматическим повреждением головного мозга.

УДК 616—006.2.03

П. Е. Швецов (Ижевск). Прорыв дермоидных кист яичников в мочевого пузыря

Перфорация гнойников и дермоидных кист из придатков матки в мочевого пузыря встречается редко. Одним из основных методов диагностики этой перфорации является цистоскопия.

Приводим два наших наблюдения.

1. С., 37 лет, поступила 24/XI 1952 г. с жалобами на частое болезненное мочеиспускание с примесью крови в последней порции мочи. Болеет год. Появившиеся 14/XI 1952 г. боли в поясничной области заканчивались иногда выходением камней продолговатой формы вместе с волосами.

Со стороны внутренних органов патологии не определяется, пульс 72, АД 120/80; живот мягкий, небольшая болезненность внизу живота; почки не пальпируются; симптом Пастернацкого справа слабо положительный.

Цистоскопия: емкость пузыря хорошая; слизистая диффузно гиперемирована; над правым устьем на задней стенке признаки уплотнения, в центре дефект в стенке пузыря, напоминающий **дивертикул**; тут же видны свешивающиеся нити, на концах которых висят по 3—5 камешков белого цвета.

Анализ мочи от 25/XI: белка 0,033%, моча мутная, лейкоциты покрывают все поле зрения; эритроциты — 8—10, эпителий плоский — 5—10 в поле зрения.

Клинический диагноз: дивертикул мочевого пузыря.

29/XI 1952 г. операция (проф. С. И. Ворончихин) под местной анестезией. Обнажен и вскрыт по средней линии мочевого пузырь; справа виден дефект в виде рубцового кольца с дивертикулом, из которого торчат волосы с несколькими камешками на концах. «Дивертикул» широко связан с пузырем рубцовыми сращениями. Вскрыта брюшная полость. К пузырю оказался приращенным кистообразно измененный правый яичник. Мезовариум прошит и отсечен; тупо отделена припаявшаяся к пузырю кишка. Яичник удален вместе со свищевым ходом в пузырной стенке. Рана пузыря зашита двухрядным швом. Брюшная полость ушита наглухо. Проведен сквозной дренаж; рана пузыря сужена двухрядными кетгутовыми швами. Брюшная стенка носилойно зашита с выведением дренажа близ верхнего угла раны.

При рассечении удаленного яичника в середине кисты обнаружены два плотных, покрытых кожей образования 1×1 и $5 \times 1,5$ см, на которых растут волосы до 6—7 см длиной.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

2. И., 39 лет, поступила 10/XII 1966 г. с жалобами на частое болезненное мочеиспускание, резкий гнилостный запах мочи, гематурию и примесь слизи. Заболела 3/II 1966 г. — внезапно появилось частое болезненное мочеиспускание. Лечилась амбулаторно, принимала фурадонин, норсульфазол, неомицин. Около 2 лет назад гинекологом была диагностирована киста левого яичника. В августе 1966 г. киста исчезла, появились гнойные выделения из мочевого пузыря, что было принято за проявление острого цистита.

Цистоскопия: емкость пузыря хорошая; слизистая чистая; среда мутная; правое устье на обычном месте, щелевидное; на задней и левой боковой стенках выпячивание размером 4×4 см, покрытое волосами; левое устье рассмотреть не удалось.