

тов, к нагноению, образованию лигатурных свищей. Эти осложнения могут способствовать возникновению рецидивов заболевания. К тому же затянущееся и травматичное оперативное вмешательство, особенно у лиц пожилого возраста, способствует развитию осложнений со стороны сердечной и дыхательной деятельности, возникновению тромбозов и флеботромбозов.

В подобных случаях мы поступали следующим образом. Вскрывали без выделения грыжевого мешка его переднюю стенку почти на всем протяжении. После вправления в брюшную полость содержимого выделяли шейку грыжевого мешка и на этом уровне пересекали. Шейку прошивали, перевязывали. Грыжевой мешок оставляли в ране нетронутым и неушитым. Если выделить шейку не удавалось, после рассечения грыжевого мешка накладывали на уровне шейки внутренний кисетный шов (так прооперированы 12 чел. из 61). Пластика пахового канала по Мартынову произведена у 27 больных, по Спасокукоцкому — Кимбаровскому — у 34. В послеоперационном периоде каких-либо осложнений мы не отмечаем. Отдаленные результаты изучены у 46 чел. Ни у одного больного не было обнаружено образования гидрофункулоцеле за счет остающегося грыжевого мешка. Все практически здоровы, рецидивов заболевания нет.

С послеоперационными вентральными грыжами прооперированы 24 больных (10 мужчин и 14 женщин в возрасте от 42 до 60 лет). Показанием к оставлению части грыжевого мешка у них служило расположение большей части последнего в стороне от грыжевых ворот и послеоперационного рубца. У этих больных иссекали только часть грыжевого мешка (его основание) непосредственно у мышечно-апоневротического дефекта, а остальную часть оставляли нетронутой. Послеоперационный период у больных протекал гладко. При изучении отдаленных результатов у 16 чел. осложнений и рецидивов заболевания не отмечено.

При паховых грыжах обязательным условием успешного оперативного вмешательства должно быть выделение шейки грыжевого мешка, ее перевязка или наложение внутреннего кисетного шва.

УДК 616.37—616—001.33

Р. А. Галкин, А. И. Кузнецов (Куйбышев-обл.). Изолированный разрыв поджелудочной железы

Изолированные закрытые повреждения поджелудочной железы в практике хирурга встречаются крайне редко. Обычно повреждению железы предшествуют травмы живота. Мы наблюдали разрыв поджелудочной железы у больной преклонного возраста, у которой характер травмы установить не удалось. Необычность этого наблюдения и трудность диагностики побудили нас к его публикации.

С., 77 лет, поступила 4/X 1970 г. в 13 час. 30 мин. с жалобами на резкие боли в правом подреберье и подложечной области, тошноту и частую рвоту желчью. Со слов больной, накануне вечером внезапно, без всякой видимой причины, появилась острая боль в правом подреберье и эпигастрии. Врачом скорой помощи на дому сделана инъекция атропина, после чего наступило временное улучшение. Ночь больная провела беспокойно, усилилась боль в животе, появилась рвота с примесью желчи. Повторно вызванным врачом скорой помощи больная доставлена в хирургическое отделение с диагнозом острого холецистита.

При осмотре в отделении состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноваты. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 150/85. Границы сердца не расширены, тоны глухие. Дыхание 20, сухие рассеянные хрипы. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, правильной формы, участвует в акте дыхания, умеренно болезнен в правом подреберье. Печеночная тупость сохранена. Симптомов раздражения брюшины нет. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера положительный. Моченспускание учащено, безболезненно. Температура 36,4°. Л.—12 000. Дежурный хирург диагностировал острый холецисто-панкреатит. Сразу же после госпитализации внутримышечно введены антибиотики и спазмолитические средства, внутривенно — физиологический раствор и 5% раствор глюкозы.

К утру следующего дня боль в животе локализовалась в правой подвздошной области; здесь же появилось выраженное напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щеткина. Однако сохранялась болезненность в правом подреберье и эпигастрии. Температура оставалась нормальной, Л.—12 900. РОЭ 44 мм/час. Диастаза в моче по Вольгемуту — 1024. Дежурным врачом поставлен диагноз острого аппендицита.

Под местной анестезией разрезом Волковича — Дьяконова послышно вскрыта брюшная полость, при этом в рану выделилась жидкая кровь. Разрез ушит. Дан интратрахеальный наркоз закисью азота с миорелаксантами и произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости содержится около 800 мл жидкой крови. Обнаружены обширная гематома в желудочно-ободочной связке и кровоподтек на передней стенке поперечно-ободочной кишки. Для более широкого доступа к поджелудочной железе рассечена желудочно-ободочная связка. В области тела поджелудочной

железы найден обширный поперечно расположенный разрыв (4×2 см и в глубину до Вирсунгова протока), явившийся источником кровотечения. Ткань железы возле разрыва умеренно отечна и уплотнена. К месту разрыва поджелудочной железы подвели марлевые тампоны и резиновую дренажную трубку. Брюшную полость осушили. Отверстие в желудочно-ободочной связке подшили к париетальной брюшине. Брюшную стенку ушили до тампонов. Во время операции было перелито 500 мл крови.

Первые два дня после операции состояние больной оставалось крайне тяжелым. Были назначены сердечные средства, гемотрансфузии, переливание плазмы и физиологического раствора, введение раствора глюкозы и инсулина, хлористого кальция, витаминов, кокарбоксилазы, АТФ, ингаляции кислорода. В дренажную трубку вводили триазол по 5000 ед. в течение 3 дней. На 4-е сутки после операции состояние заметно улучшилось, диастаза в моче уменьшилась до 32 ед. Тампоны удалены на 9-е сутки, рана зажила вторичным натяжением. На 43-е сутки после операции С. выписана в удовлетворительном состоянии. При повторном осмотре через год самочувствие и общее состояние ее удовлетворительные.

УДК 616.361—616.34—616—076

В. П. Маслов, канд. мед. наук Л. В. Дановский (Казань). Энтеробиопсия при заболеваниях желчевыводящих путей

При заболевании желчевыводящих путей (хронические холециститы, холангиты, холецисто-гепатиты) в патологический процесс нередко вовлекается и тонкий кишечник. У больных наблюдается энтеральный синдром различной степени выраженности — вздутие, урчание в животе, непереносимость некоторых пищевых продуктов, неустойчивый стул и др. Сопутствующая патология тонкой кишки изменяет клиническую симптоматику основного заболевания, влияет на течение болезни и эффективность лечения. В связи с этим изучение морфологических изменений тонкой кишки у больных хроническими заболеваниями желчных путей представляет практический интерес.

Морфологию слизистой начального отдела тонкой кишки мы изучали на материале, полученном при помощи аспирационной энтеробиопсии (биопсионный зонд конструкции Ц. Г. Масевича.). Гистологические исследования тонкой кишки проведены нами у 65 больных различными заболеваниями желчных путей. Хроническими холециститами страдали 50 больных, хроническими холециститами в сочетании с язвенной болезнью — 5, холецисто-гепатитами — 7, постхолецистэктомическим синдромом — 3. У 62 больных были обнаружены морфологические изменения слизистой начального отдела тонкой кишки: у 16 — явления атрофического энтерита различной степени выраженности и у 46 — гистологические изменения, характерные для хронического энюита. Лишь у 3 чел. слизистая оболочка тонкой кишки была без патологических изменений. Приведенные данные свидетельствуют о значительной частоте поражений тонкого кишечника при заболеваниях желчевыводящих путей. Однако у некоторых больных при наличии морфологических изменений слизистой тонкой кишки не наблюдалось клинических симптомов энтерита, что обусловлено, вероятно, функциональной компенсацией.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод о необходимости учитывать в диагностике и лечении частое поражение тонкого кишечника при хронических заболеваниях желчевыводящих путей.

УДК 616.36

Доц. В. В. Недогода (Волгоград). Исследование билирубиновыделительной функции застойной печени с помощью нагрузки никотиновой кислотой

Автор исследовал у 157 чел. уровень билирубина крови в течение 3 часов после внутривенного введения 1 мл 1% раствора никотиновой кислоты.

У 94 здоровых лиц отмечался рост билирубина в течение первых двух часов, а затем к 3-му часу его уровень возвращался к исходному или оказывался еще ниже.

У больных с ревматическими пороками сердца, гипертонической болезнью и атеросклерозом, заболеваниями печени (63 чел.) в 44,8% выявлялось нарушение билирубиновыделительной функции печени. При поражении гепатобилиарной системы к исходу 3-го часа уровень билирубина не только не возвращался к исходному, а, напротив, нарастал.

Проба с никотиновой кислотой является весьма чувствительной, дает ценную информацию о билирубиновыделительной функции печени и ее резервных возможностях и дополняет данные бромсульфалеинового теста.

В заключение следует подчеркнуть, что нагрузка никотиновой кислотой с наступающей вслед за этим гипербилирубинемией является эмпирической, клинически и теоретически одинаково интересной функциональной пробой и заслуживает дальнейшего изучения.