

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 трилол 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 бромсульфаленинового 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.