

перстной кишки без особенностей. При эзофагогастродуоденоскопии органической патологии не найдено. Ирригоскопия также не выявила патологических отклонений.

На сканограмме с  $^{198}\text{Au}$  форма печени неправильная (рис. 1). Большая часть функционирующей ткани располагается книзу и вправо от мечевидного отростка. В центре правой доли по всему нижнему краю имеется массивная зона дефекта поглощения; накопление препарата в указанной зоне почти полностью отсутствует. Создается впечатление «отсутствия» левой доли.

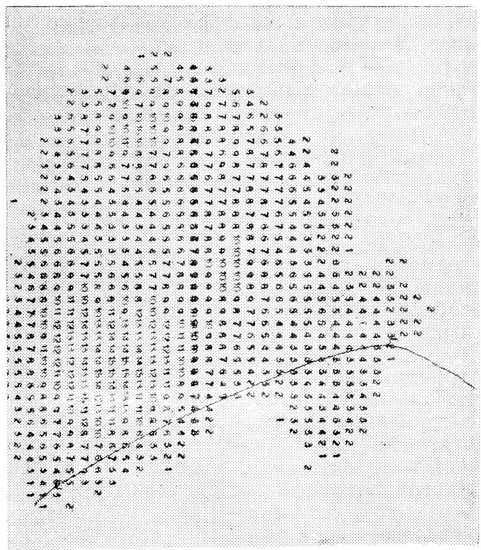


Рис. 1. Сканограмма печени.



Рис. 2. Биоптат печени.

Заключение консилиума: дифференцировать рак печени с эхинококкозом.

4/V 1979 г. больная переведена в клинику госпитальной хирургии для дальнейшего обследования и лечения. 10/V 1979 г. произведена верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов. Вся ткань левой доли печени замещена большим количеством мелких кист от 0,3 до 1 см в диаметре, содержащих светлую прозрачную жидкость и сливающихся в виде огромного дольчатого образования. Правая доля представляет участки сохранившейся ткани печени, чередующиеся с кистозными образованиями. Биопсия. На разрезе ткань печени в виде «пчелиных сот» чередуется с участками фиброза и скопления кист. Рана послойно ушита наглухо. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 10-й день сняты швы, на 12-й день А. выписана на амбулаторное лечение. Результаты лабораторных анализов после операции без особых отклонений от нормы.

Патогистологическое исследование: сочетание эктазий средних и мелких желчных протоков с поликистозом печени. Эпителиальная выстилка кист по своему строению сходна с эпителием желчных протоков. Вокруг кист и эктазированных протоков — явления хронического воспаления и очаговые некрозы, в ткани печени — явления холестаза и гепатита. В межкистозном пространстве отмечается усиленное развитие соединительной ткани фиброзного характера (см. рис. 2).

Таким образом, у больной до операции не был точно установлен диагноз. При обнаружении на сканограмме описанных изменений необходимо учитывать в дифференциальной диагностике возможность поликистоза печени. Только лапаротомия с последующим морфологическим исследованием дает возможность установить окончательный и полный диагноз.

Особенности наблюдения: склонность к обострению в течение 10 лет, изолированность поражения, отсутствие печеночной недостаточности.

Исходы лечения и прогноз при поликистозе печени неблагоприятные. Однако благодаря высоким компенсаторным свойствам печени страдающие поликистозом могут в течение длительного времени оставаться практически здоровыми.

УДК 616.366—002:616.316.5—008.8

Г. Ф. Борисов, В. И. Колобаев, В. М. Сурин (Саранск).

Коэффициент  $\text{Na/K}$  слюны околоушных желез у больных холециститом

Проведено определение коэффициента  $\text{Na/K}$  слюны, полученной из околоушных желез в результате дозированного раздражения слизистой оболочки полости рта растворами лимонной кислоты, у 43 больных хроническим холециститом в фазе обост-

трения заболевания (до лечения) и у 39 больных в фазе ремиссии (после консервативного лечения и холецистэктомии). В фазе обострения заболевания коэффициент  $\text{Na/K}$  слюны оказался сниженным, а в фазе ремиссии — статистически достоверно повышенным.

Мы считаем, что изменения коэффициента  $\text{Na/K}$  слюны являются отражением общих электролитных сдвигов, обусловленных обменом кортикоидов, в частности альдостерона, в инактивации которого принимает участие печень. Особенно низким коэффициент  $\text{Na/K}$  слюны был у больных с деструктивными формами холецистита, у которых исследование проводилось до холецистэктомии, а также у больных с плохим самочувствием в отдаленные сроки после операции, когда заболевание либо прогрессировало (холангит, повторный холелитиаз), либо осложнялось сопутствующими заболеваниями (гастрит, панкреатит, дискинетические расстройства и др.).

Изучение коэффициента  $\text{Na/K}$  слюны способствует углублению понимания механизмов патогенеза заболеваний желчного пузыря и желчных путей и проведению дифференцированной корригирующей терапии.

УДК 616.33—002.45—089

**В. А. Кислицын** (Выкса, Горьковская обл.).

### Методика ушивания прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Предлагаемая нами методика позволяет герметически «стягивать» язвы любой величины без боязни прорезать воспаленные ткани. Не менее важно то, что ушивание в I ряд не ведет к деформации органа, особенно пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Метод ушивания не зависит от величины прободного отверстия и локализации повреждения.

Методика наложения шва: отступя от границы инфильтрации тканей вокруг язвы, желательнее через подслизистый слой, накладывают П-образный шов продольно оси желудка. При затягивании в узел один из концов нитей подводят под видимое колено П-образного шва и окончательно дотягивают до полного сближения краев отверстия (см. рис.). В зависимости от величины дефекта накладывают 1, 2 или 3 шва. Чаще всего бывает достаточно одного. Иногда подвязывают салыник на ножке.

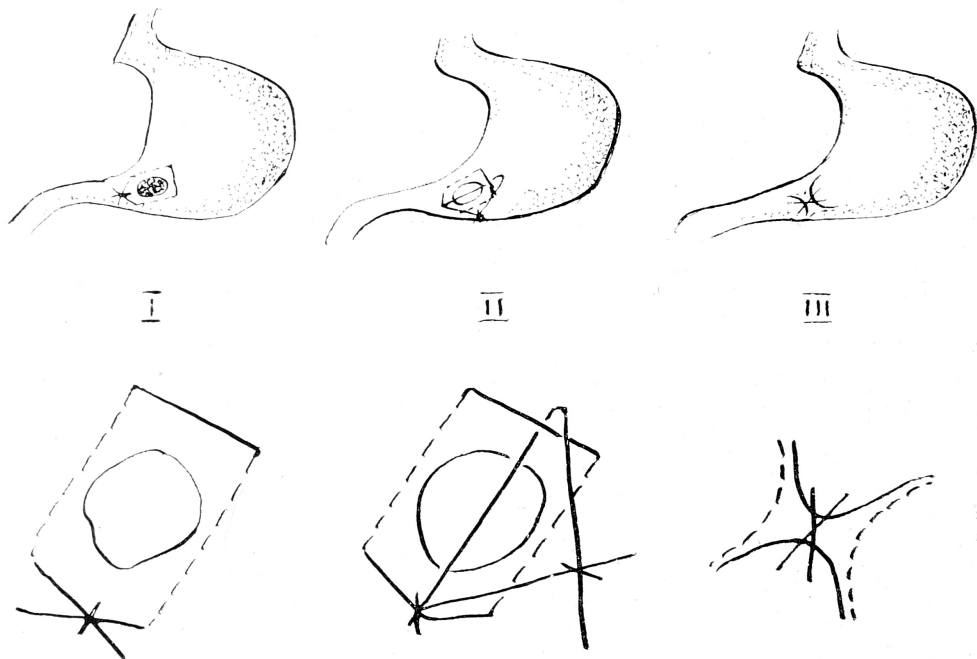


Схема ушивания по этапам.

Всего по данной методике с 1970 г. ушито 75 прободных язв (1 раковая). Возраст больных — от 16 до 58 лет. Все оперированные — мужского пола. У 42 больных была перфорация желудка, у 33 — перфорация двенадцатиперстной кишки. До 6 ч с момента прободения прооперированы 53 человека, до 12 ч — 10, до 24 ч — 9, свыше суток — 3. Диаметр прободного отверстия составлял от 0,3 до 3 см. У 11 больных были каллезные язвы. Ушивание сопровождалось тщательным осушением