

гипертензии межреберные вены проявляются в количестве 2—3. Это возможно и при отсутствии цирроза печени, но в таких случаях они менее отчетливы. Кроме того (на что следует обратить главное внимание), вырисовываются коллатеральные вены на грудной и брюшной стенках. Эти сосуды располагаются глубоко и при наружном осмотре больного не видимы. Наличие их всегда служило признаком портальной гипертензии. Часто могут быть обнаружены и другие сосуды. Так, при отсутствии печеночного блока иногда видна полунепарная вена. При портальной гипертензии нередко вырисовываются позвоночные сплетения.

Наше небольшое число наблюдений все же позволяет рекомендовать изложенный метод в тех неясных, сомнительных случаях желудочно-кишечного кровотечения, когда хирург решает мучительную задачу о показаниях к неотложному хирургическому вмешательству.

Доц. А. С. Виноградов и В. Я. Аванесова (Казань). Первичный рак желчного пузыря

Первичный рак желчного пузыря встречается не часто среди других раковых заболеваний и, по опубликованным статистическим материалам различных авторов, колеблется от 0,11 до 0,7% к общему числу вскрытий, а ко всем злокачественным заболеваниям — от 1,43% до 2,31%.

Ввиду редкости этого заболевания представляет практический интерес опубликование нашего наблюдения, в котором первичный рак желчного пузыря привел к образованию свища в двенадцатиперстную кишку, что не могло не осложнить клиническую картину заболевания, которая вообще не характерна и трудна для прижизненной диагностики.

П., 44 лет, считает себя больной с 23/III 1959 г., когда у нее впервые появились резкие боли в правом подреберье. Боли были настолько интенсивны, что пришлось вызвать скорую помощь, врач скорой помощи доставил ее в больницу № 2 Казани. В больнице диагностировали острый холецистит, назначили консервативное лечение и через 7 дней выписали. С этого времени больную стали часто беспокоить ноющие боли в правом подреберье, которые не зависели от качества и количества пищи. Понижился аппетит, больная стала худеть. Продолжала лечиться амбулаторно от гепатохолецистита. В том же году осенью пробыла две недели в терапевтическом отделении 11 больницы, где поставлен диагноз — спланхноптоз и хронический гепатит.

При исследовании найдено:

Больная несколько анемична, упитанность понижена.

Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Печень плотноватая, безболезненная, с ровным нижним краем, на 3 поперечника пальца выступает ниже реберной дуги. Гем. — 12 г%, Э. — 3 770 000, РОЭ — 36 мм/час, п. — 6%, с. — 69%, э. — 2%, м. — 9%, л. — 14%.

Желудочный сок: натощак общая кислотность — 70, свободная HCl — 50, связанная — 20. После пробного кофейного завтрака общая кислотность — 50, свободная HCl — 30, связанная — 15; в осадке слизь, дрожжевые клетки.

RW отрицательна. Реакция кала на скрытую кровь положительна. Со стороны мочи отклонений от нормы не определяется.

Рентгеноскопия: легкие и сердце в норме, пищевод — норма; желудок гипертоничен в форме крючка с нижним полюсом на 1 см выше гребешковой линии, рельеф слизистой, контуры, смещаемость в норме, перистальтика в антральном отделе сегментирующего характера. Первичная эвакуация замедлена, привратник проходим, пассаж контрастного вещества по двенадцатиперстной кишке не изменен. При пальпации болезненность в антральном отделе.

После консервативного лечения больной стало лучше, и она выписалась. Около двух лет за помощью не обращалась, хотя боли в животе иногда тревожили. Вторично госпитализирована в ту же больницу в 1961 г. с направительным диагнозом цехового врача: спланхноптоз, неоплазма желудка.

Больная истощена. Кожные покровы бледны с восковидно-землистым оттенком. Со стороны легких и сердца изменений нет. Живот дряблый, отвислый, печень плотная, ровная, безболезненная, выступает из-под края реберной дуги на 3 поперечника пальца, селезенка не пальпируется.

Э. — 2 300 000, Л. — 4250, РОЭ — 50 мм/час, метамиелоциты — 2%, п. — 5%, с. — 73%, э. — 3%, м. — 3%, л. — 11%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, эритробласты и нормобласты единичные в препарате.

Рентгеноскопия. В III межреберье на фоне усиленного бронхососудистого рисунка определяются очаговые тени средней плотности. Корни расширены, уплотнены. Гипертрофия левого желудочка сердца, аорта умеренно уплотнена. Пищевод в норме, желудок формы крючка, нормотоничен, складки слизистой умеренно истончены, ровные, прослеживаются на всем продолжении. Контур, смещаемость, перистальтика в норме, первичная эвакуация несколько замедлена. Луковица двенадцатиперстной кишки в норме. Рентгенологический диагноз: умеренный гастрит.

За время пребывания в больнице состояние несколько улучшилось, и она потребовала выписать ее.

После этого больная еще дважды лечилась в стационаре: с 18/IX-61 г. по 11/XI-61 г. и последний раз — с 18/XI-61 г. по 23/II-62 г. (день смерти).

Прогрессировала кахексия, обнаруживалось незначительное уплотнение печени в ее правой доле в зоне желчного пузыря.

Смерть больной произошла 23/II-62 г. при нарастающей сердечной слабости, нерезко выраженной желтухе и малокровии. Клинический диагноз: первичный рак печени, вторичное малокровие, дистрофия миокарда, раковые метастазы в легкие.

Патологоанатомический диагноз (прозектор А. В. Константинов). «Рак желчного пузыря с прорастанием в луковицу двенадцатиперстной кишки и частично в пилорическую заслонку желудка с последующим расплавлением стенок и образованием единой общей полости из желчного пузыря и луковицы двенадцатиперстной кишки с небольшим сужением последней; камень общего желчного протока с расширением его просвета в среднем отделе, единичные мелкие метастазы рака во всех долях легкого, обширные фиброзные спайки в области желчного пузыря и луковицы двенадцатиперстной кишки, резко выраженные дистрофические изменения внутренних органов».

Л. Х. Мавзютов (Казань). Ушивание конец в конец и канализация общего желчного протока после полного его пересечения¹

Повреждения общего желчного протока при резекции желудка встречаются в 0,2—1,8% операций при аномалии в расположении протока, при захвате протока вместе с сосудом (остановка кровотечения), при рубцовых сращениях в области печеночно-двенадцатиперстной связки и смещении протока.

При полной перерезке протока применяют: 1) сшивание конец в конец без дренажа протока; 2) наложение анастомоза центрального отрезка общего желчного протока с желудком или с двенадцатиперстной кишкой без дренажа протока (холедохогастро- или дуоденоанастомоз) или анастомоз с тощей кишкой; 3) обе первых операции со скрытым дренажем желчного протока резиновой или полихлорвиниловой трубкой; 4) холецистэнтеро (гастро)стомию с перевязкой обоих отрезков протока; 5) скрытый длительный управляемый дренаж по Е. В. Смирнову, когда центральный конец дренажной трубки, введенной в проток, подшивается к нему, а латеральный выводится в двенадцатиперстную кишку; 6) дренаж по Фелькеру с модификацией по Б. С. Розанову и Е. В. Смирнову, с анастомозом центрального конца желчного протока со свободным концом тонкой кишки, взятой в 15 см от Трейцовой связки, и последующим У-образным энтероэнтероанастомозом; 7) при большом дефекте общего желчного протока (главным образом при раковых поражениях) — пластику протока резиновой трубкой и окутыванием места дефекта сальником; 8) пластику свободным участком тонкой кишки на сосудистой ножке; 9) пластику трубкой желудка на ножке.

В нашем наблюдении при пересечении общего желчного протока по предложению проф. В. Н. Шубина была применена модификация канализации резиновой трубкой при сшивании конец в конец.

И., 24 лет, поступил 10/XI-61 г. с диагнозом: органический стеноз привратника на почве язвенной болезни желудка. 17/XI-61 г. произведена резекция желудка (Л. Х. Мавзютов). Обезболивание — местное, с премедикацией накануне и в день операции. Во время выделения двенадцатиперстной кишки из сращений был случайно перерезан общий желчный проток, подтянутый к верхней горизонтальной части кишки. В рубцах найден дистальный отдел протока длиной около 2—2,5 см, проксимальный конец длиной 0,3 см обнаружен в глубине операционной раны, под печенью, также в рубцах. В дистальном отрезке желчного протока, в 2 см от места пересечения, сделано отверстие, через которое вставлен резиновый катетер № 10, проведенный через проксимальный отдел протока до печени. Желчный проток шит пятью однорядными швами над дренажем с помощью атрауматических игл. К месту швов протока подведены две марлевых полоски и резиновая трубка. Швы на брюшную стенку.

В первые двое суток после операции из общего желчного протока по трубке вытекало 300 мл желчи, к 9 дню количество желчи уменьшилось до 50 мл. Из трубки, введенной в брюшную полость, в первые дни вытекало до 100 мл желчи, на 4—5 день — по 50 мл, с 6 дня истечение желчи прекратилось, трубка удалена. Марлевые полоски удалены на 11 день, трубка из желчного протока — на 12. Из свища в операционной ране по средней линии живота выделялось 10—20 мл желчи. Свищ закрылся на 14 день, заживление раны первичным натяжением. В первые 3—4 дня после операции кал был умеренно обесцвечен, в последующие дни окраска стала нормальной. На 23 день больной выписан в хорошем состоянии.

¹ Доложено на заседании хирургического общества ТАССР в декабре 1961 г.