

Из Акимовской больницы им. Хатаевича.

Случай пластики сальником при повреждении поджелудочной железы.

А. В. Бондарчук.

Изолированные повреждения и ранения поджелудочной железы, вследствие ее топографических особенностей, встречаются редко. Несколько чаще встречается указанное повреждение в комбинации с повреждением других органов—желудка, печени, кишечника, селезенки.

Зебольд приводит сто случаев изолированных повреждений поджелудочной железы. По данным сводной статистики немецких хирургов, собранной Шмиденом в 1927 году, на 62 случая повреждений поджелудочной железы приходился 31 случай повреждений тупым предметом, огнестрельных ранений 26 случаев и колотых ранений 5 случаев.

Из указанного количества было изолированных повреждений 20 и комбинированных 42. Среди них повреждений поджелудочной железы и селезенки было 7 случаев. Смерть среди указанных 62 больных наступила в 32 случаях.

Мне кажется небезынтересным поделиться и своим случаем комбинированного повреждения поджелудочной железы и селезенки, где в результате пластического закрытия дефекта поджелудочной железы мы имели выздоровление.

История болезни. Больной, 4-х лет, поступил в больницу с картиной острого живота. Больного 6 часов назад переехала груженная арба. Колесо прошло слева направо в эпигастральной области. Больной в тяжелом состоянии, пульс 120 в минуту, плохого наполнения. У больного изредка рвота. Предположительный диагноз—разрыв селезенки или печени с бесспорным внутренним кровотечением. Операция. Переливание 200 г крови от одноименного донора. Разрез от меча до пупка с последующим продолжением разреза влево. В брюшной полости около стакана излившейся крови. Селезенка увеличена до размера 2 кулаков большого, почти полный отрыв ее с наличием в ножке большой гематомы. Ножка все время слабо кровоточит. Селезенка удалена. В области головки поджелудочной железы брюшинный покров разорван и в виде треугольного лоскута отвернут книзу. Головка поджелудочной железы раздавлена, верхняя часть ее шириною в 1 см и длиною в 4 см, постепенно суживаясь к хвостовой части железы, отделяется от основного тела железы бороздкой, глубиной в $\frac{1}{2}$ см. Бороздка глубже к телу железы. В забрюшинной клетчатке небольшая гематома и в окружности небольшие кровяные сгустки. Положены три тончайших шва на капсулу железы, брюшинный покров тщательно фиксирован на своем месте. После этого кусочком сальника, как муфтой, обшито все поврежденное место. Рыхляя тампонада. Послеоперационный период гладкий, за исключением повышения температуры в продолжение 12 дней, которое объяснялось небольшим воспалительным фокусом в левом легком и, видимо, удалением селезенки. Сейчас мальчик в прекрасном состоянии.

Механизм разрыва поджелудочной железы обычно заключается в том, что большая сила травмы, прижимая к позвоночнику поджелудочную железу, разрывает ее в месте максимального приложения силы. Чаще всего наблюдаются поперечные разрывы железы. Мы наблюдали продольный разрыв железы в результате повреждения колесом арбы.

Повреждения поджелудочной железы по литературным данным чаще всего наблюдаются у мужчин 20—30 лет. Считают, что возрастные изменения в поджелудочной железе делают ее более устойчивой в смысле противодействия травме. Мне думается, что с этим вряд ли можно согласиться. Диагностика повреждения поджелудочной железы чрезвычайно трудна. Можно согласиться с Зенбольдом, который говорит, что проба Wohlgemuth'a—повышение диастазы в моче и крови, гипергликемия (Stocker, Huesck) и сахар в моче не дают необходимого практически быстрого ответа, что диктуется характером повреждения, а также не всегда указанные пробы бывают положительными. Grossberger считает необходимым определять количество липазы в сыворотке, Ugrutia указывает на лейкоцитоз (по Зебольду).

В случае Зебольда у больного насчитывалось 9000 лейкоцитов. Понятно, что и только что указанные пробы мало пригодны для свежих случаев повреждения поджелудочной железы, и, кроме того, специфичность их для указанного заболевания очень сомнительна.

Бельц сообщает об одном больном, где во время операции при самом тщательном осмотре поджелудочной железы было просмотрено ранение ее из-за имбиции кровью забрюшинной клетчатки. Разрывы поджелудочной железы, сопровождающиеся, как только что указанный случай Бельца, гематомой в области забрюшинной клетчатки и особенно расположенные на задней поверхности железы, с большим трудом могут быть диагностированы и на операционном столе. Истинная сущность выявляется лишь на столе патолога-анатома. Во всех случаях подозрения на повреждение поджелудочной железы необходимо тщательнейшим образом осмотреть поджелудочную железу и особенно в случае гематомы в забрюшинной клетчатке.

Небольшие надрывы поджелудочной железы могут самостоятельно зажить и зарубцеваться или же закончиться образованием ложной или истинной кисты поджелудочной железы. Все авторы единодушно сходятся на том, что в случаях с подозрением на повреждение поджелудочной железы бесспорно нужна операция.

Наилучшие результаты после операции поджелудочной железы наблюдаются при оперировании после травмы в первые 6 часов. Выжидание, как говорит Бельц, допустимо только „с ножом в руках“, причем прогноз ухудшается с каждым часом. Kimmel оперировал больного через 15 минут после ранения поджелудочной железы, Буш—через 16 часов после повреждения с удачными исходами. Оперативное вмешательство должно заключаться в идеальной пластике поджелудочной железы. Для этого Garré советует накладывать швы на капсулу железы, не захватывая самой паренхимы. Склонность к прорезыванию швов чрезвычайно велика. Heinke рекомендует при разрыве выводящего протока наложить шов и на проток железы. Все части железы, если нет уверенности в достаточном их питании, необходимо удалить и, по совету Mering'a, пересадить под кожу живота. Чрезвычайно отягчающим фактором является повреж-

дение больной поджелудочной железы, где показано применение инсулина.

Брюшную полость необходимо тампонировать после операции на поджелудочной железе, в этом также почти единодушно сходятся авторы.

Из акушерско-гинекологического отделения 1-й клинической больницы им. Г. В. Плеханова в Воронеже (зав. отделением проф. В. А. Мишин)

Случай перекручивания фиброматозной матки.

А. С. Шкарин.

В ночь с 5 на 6/VIII 1929 г. в отделение поступила больная Б. с жалобами на непрерывные резкие боли в животе в течение последних 4 суток, запоры, затрудненное мочеиспускание, тошноту. Посетивший ее на дому врач предположил у нее перекручивание ножки кисты, и с этим диагнозом она была направлена в больницу.

Больная, 56 лет, в прошлом отмечает малярию. Менструации появились впервые на 16-м году жизни, установились сразу и приходили через каждые 4 недели и продолжались по 4—5 дней с предшествующими болями; крови при этом теряла мало. Половою жизнью не жила. Последние *menses* были 10 лет назад. Около этого же времени больная стала замечать, что у нее внизу живота растет какая-то опухоль, и вместе с тем периодически, через каждые 1—2 месяца, у нее стали появляться боли в области малого таза, продолжавшиеся от 3 до 7 дней. К врачу она по поводу этого заболевания не обращалась. За 4 дня до поступления в отделение, во время тяжелой физической работы больная почувствовала сильные боли в животе и вынуждена была лечь в постель. Несмотря на покой, боли не уменьшались и в последующие дни, а вместе с тем больная стала замечать, что опухоль у нее увеличилась. Тогда она решила вызвать врача, который и направил ее в больницу.

Объективное исследование: больная среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания, Окраска кожи и видимых слизистых несколько синюшная. Температура при поступлении 36,7°. Тоны сердца глухие. Пульс 120, слабого наполнения. Легкие—норма. При паружном исследовании обнаружено, что живот увеличен вследствие опухоли, простирающейся от малого таза до подреберья, и формой и величиной своей напоминающей берсменную матку на 10-м лунном месяце беременности. Консистенция опухоли—упруго-эластическая. Подвижность ее резко ограничена. При пальпации сильная болезненность брюшной стенки. При перкуссии живота в области опухоли—всюду тупой звук; в подложечной области тимпанит. Наружные гениталии—норма. Нупеп кольцевидной формы. Целость его не нарушена. Отверстие гимена пропускает лишь конец пальца. Выделений из влагалища нет. При исследовании *per vaginam* отмечается высокое стояние атрофичной шейки матки. Отношение матки к опухоли определить не удается. Придатки не прощупываются. В виду наличия симптомов перекручивания опухоли больной предложена операция, но она от нее отказалась. Назначен лед на живот, камфора, кофеин под кожу.

6/VIII, 15 ч. 30 м. Пульс временами становится нитевидным. Общее состояние резко ухудшилось. На операцию больная дала согласие. Введено под кожу физиологического раствора 500 г. Инъекция камфоры. 18 ч. Под общим эфирно-хлороформным наркозом приступлено к операции. По вскрытии брюшной полости извлечена опухоль, оказавшаяся фиброматозной маткой, шаровидной формы, перекрученной вокруг своей продольной оси справа налево 1 $\frac{1}{2}$