

Произведена ретроградная уретеропиелография справа одновременно обоих мочеточников и лоханок. Более длинный мочеточник, отходящий от верхней половины удвоенной почки (см. рис.), четыре раза перекрещивается с рядом идущим мочеточником. Слева, ввиду наличия уретероцеле, одновременную катетеризацию обоих мочеточников выполнить не представилось возможным. За время пребывания в стационаре приступ почечной колики не повторялся. Гемодинамические показатели и температурная реакция нормализовались через 3—4 дня после купирования острого приступа. Функция правой почки по данным хромоцистоскопии восстановилась на 4-й день. От предложенного оперативного удаления конкремента больная отказалась. В удовлетворительном состоянии выписана 26/XI 1967 г.

УДК 618.12—007.253—617.55

М. Ф. Мусин (Казань). Брюшностеночно-трубный свищ

Согласно литературным данным, брюшностеночно-трубный свищ является весьма редкой разновидностью генитальных свищей. Мы смогли найти лишь одно наблюдение И. А. Капланского (1955) о послеоперационном брюшностеночном свище трубы с отхождением менструальной крови из свищевого отверстия. В крупных исследованиях, посвященных изучению генитальных свищей (А. К. Лидервальд, 1894; Я. В. Куколев, 1961), совершенно отсутствуют указания на возможность таких вариантов генитальных свищей.

Приводим наше наблюдение.

С., 26 лет, доставлена 22/XI 1963 г. в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит». При лапаротомии выделилось большое количество жидкости со сгустками шоколадного цвета. Червеобразный отросток не изменен. Правый яичник — с единичными мелкокистозными образованиями. Возникло подозрение на разрыв кисты левого яичника. Операционная рана зашита с оставлением дренажной трубки. Произведена срединная нижняя лапаротомия. К ране предлежало опухолевидное образование величиной с головку новорожденного ребенка — ретенционная киста левого яичника. Произведено удаление кисты, культи частично перитонизирована, труба без изменений, оставлена на месте. Правая труба также не изменена. Из правого яичника вылущено несколько кист диаметром от 0,6 до 1 см. Наложена контрапертура в левой подвздошной области для дренирования брюшной полости. 6/I 1964 г. С. выписана.

Вскоре из свища на послеоперационном рубце в левой подвздошной области появилось серозно-гнойное отделяемое, которое временами становилось обильным. Амбулаторное лечение эффекта не дало. 3/IX 1964 г. больная направлена в ту же хирургическую клинику для оперативного лечения.

В левой подвздошной области, на послеоперационном рубце, на границе средней и нижней трети свищевое отверстие $0,3 \times 0,3$ см, из которого выделяется гнойно-серозное содержимое.

10/IX 1964 г. в свищевое отверстие введено 8 мл 50% раствора трийотраста. На рентгенограмме (см. рис.) видна канюля шприца, введенная в свищевое отверстие. Свищевой канал протяженностью до 5 см, шириной до 0,5 см, с четкими, ровными контурами, идет медиально, на уровне 4-го крестцового позвонка резко расширяется и образует неравномерное скопление контраста размерами $5 \times 2,5$ см. Контрастировалась полость матки. Между отмеченным скоплением контрастного вещества в брюшной полости и телом матки выявляется извилистая, тоненькая (до 1,5 мм в диаметре), местами прерывающаяся контрастированная полоска — тень трубы. Заключение: брюшностеночно-трубный свищ.

18/IX 1964 г. в свищевое отверстие введен раствор метиленовой синьки. Спустя некоторое время у больной из гениталий появились окрашенные в синий цвет выделения.



1/X 1964 г. осуществлено повторное чревосечение. Найдены большие спаечные изменения. Матка не изменена, правая труба без особенностей. Образовавшийся конгломерат из петель кишечника с большими спайками не позволяет выделить левую трубу. Последняя перерезана и перевязана у маточного угла. Круглые связки укорочены по методу Менге. Наружное свищевое отверстие иссечено. 15/X 1964 г. С. выписана по выздоровлению.

14/III 1968 г. вызвана в клинику для обследования. Состояние хорошее, жалоб нет.

УДК 612.397.81—615.857.06

А. А. Новицкий (Куйбышев-обл.). Биосинтез холестерина при экспериментальной гиперхолестеринемии

Исследование выполнено на 28 кроликах-самцах, из которых 18 в течение 135 дней получали холестерин по 0,2 г на 1 кг веса. Из 18 подопытных животных 9 получали аскорбиновую кислоту по 25 мг/кг внутримышечно. О биосинтезе холестерина судили по скорости включения 1-С-14-ацетата натрия в холестерин тканей тонкой кишки, аорты и миокарда. Обнаружено, что аскорбиновая кислота достоверно угнетает биосинтез холестерина и не влияет на его содержание в тканях тонкой кишки у животных с выраженным экспериментальным атеросклерозом. При введении аскорбиновой кислоты у этих животных выявлены тенденции к уменьшению накопления холестерина в стенке аорты и угнетению в ней биосинтеза холестерина. Аскорбиновая кислота в примененных дозах не оказала заметного влияния на неизменный биосинтез холестерина и достоверно увеличенное содержание его в миокарде у животных с выраженным экспериментальным атеросклерозом.

УДК 616.366—002—616.37—615.834

В. И. Билецкий (санаторий «Прикарпатье»). Изменение ферментов поджелудочной железы у больных хроническим холециститом, лечившихся на курорте Трускавец

Под нашим наблюдением находились 25 мужчин и 52 женщины с различными заболеваниями печени и желчных путей. У 11 чел. длительность болезни была до года, у 36 — от 1 до 5 лет, у 37 — от 6 до 10 лет и у 3 более 10 лет.

Больные получали комплексное лечение, включающее диету, прием воды источника «Нафтуся», минеральные или углекислые ванны (на курс 10 процедур), лечебную физкультуру по специально разработанным методикам.

После введения через зонд минеральной воды источника «Нафтуся» у 28 из 30 обследованных больных наступило заметное увеличение количества дуоденального сока и снижение карбонатной щелочности. Отмечалось также нарастание концентрации ферментов (особенно липазы, в меньшей степени трипсина и амилазы). Упомянутые сдвиги были менее выраженными, чем после введения эфира или соляной кислоты, но большей интенсивности, чем в контрольной группе (с водопроводной водой).

Под воздействием лечения главнейшие функции панкреатической железы получили тенденцию к нормализации. Так, средний объем «спонтанного» сока сократился (в среднем от $65 \pm 3,4$ до $45 \pm 2,5$ мл). Статистически достоверным является уменьшение карбонатной щелочности дуоденального содержимого (средние показатели — $67 \pm 3,7$ мл в начале и $91 \pm 5,3$ мл в конце лечения).

Секреторная реакция поджелудочной железы на раздражение стала более адекватной, концентрация ферментов улучшилась или нормализовалась. Так, липаза вернулась к норме у 42 из 83 больных, трипсин — у 39 из 81, амилаза — у 33 из 45. Почти у половины больных нормализовались кривые панкреатической секреции, число лиц с «извращенными» кривыми уменьшилось с 46 до 23, с явлениями «диспанкреатизма» — с 49 до 32.

ОБЗОРЫ

УДК 616.37—002—612.8—012

РОЛЬ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

И. Н. Волкова, О. С. Кочнев и В. Е. Волков

*Кафедра нормальной физиологии (зав.— проф. И. Н. Волкова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова и кафедра хирургии № 2 (зав.— проф. М. З. Сигал)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Об этиологии острого панкреатита в настоящее время известно мало. В большинстве случаев не удается установить причину возникновения острого воспаления поджелудочной железы. Отсутствие обструкции в выводных желчных протоках —