

Вследствие образования камней в поджелудочной железе происходят вторичные процессы: воспаление, некрозы, атрофические явления, включая атрофию островков Лангерганса, склеротические изменения. На это указывал еще Ф. Я. Чистович. По данным Овенса и Говарда, из 32 больных с камнями поджелудочной железы у 10 был диабет, протекавший в тяжелой форме.

Клинически это заболевание протекает либо в виде острых приступообразных болей, либо в виде постоянных болей в подложечной области, правом подреберье, связанных с приемом пищи, особенно острой и жирной. Иногда боли иррадируют в поясницу, верхние конечности, редко — в нижние конечности. Во время приступа нередко бывают рвота, тошнота, повышение температуры. Иногда после приступа наблюдается желтуха механического происхождения, что дает повод ошибочно диагностировать желчнокаменную болезнь.

Объективно у больных обнаруживается болезненность в подложечной области, совпадающая с локализацией поджелудочной железы. В моче увеличивается количество диастазы. Приступ длится от нескольких часов до суток и более. Заканчивается он в результате выхода камня в кишечник и ослабления воспалительного процесса.

Важную роль в диагностике камней поджелудочной железы играет рентгеновское исследование, которое дает возможность обнаружить тени в области железы, не смещающиеся при дыхании. Тени располагаются по ходу протоков или связаны с включениями солей кальция в ткань железы. Тени камней не имеют четких контуров, так как железу передается пульсация брюшной аорты.

В тяжелых случаях у больных могут наблюдаться стеаторея и креаторея.

Прогноз сомнителен, так как возможны некрозы железы или осложнения гнойным процессом.

Лечение в основном консервативное: во время приступов — паранефральная блокада, антибиотики, наркотические вещества, тепло, диета. При осложнениях показано хирургическое лечение. Операция направлена на предупреждение атрофии железы во избежание развития диабета, для чего производится перевязка вирсунгианова протока. Производят тотальную или субтотальную панкреатэктомию, перерезку симпатических и вагусных нервов и, наконец, панкреотомию для удаления камней.

По данным Н. И. Лепорского (1951 г.), в литературе описано 74 случая камней поджелудочной железы, леченных хирургически. Кроме того, за последнее время описано еще два наблюдения А. А. Никитина (1957) и Г. С. Кемтер (1959). Таким образом, включая наше наблюдение, прооперировано всего 77 больных, из них с удовлетворительным результатом 65. Двое больных умерли. Панкреатические фистулы после операции образуются редко. Только в наблюдениях А. А. Никитина и Г. С. Кемтер свищи образовались, и потребовались повторные операции для ликвидации фистул.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кемтер Г. С. Хирургия, 1959, 3.—2. Лепорский Н. И. Болезни поджелудочной железы. М., 1951.—3. Марголин А. М. Врач. дело, 1957, 1.—4. Никитин А. А. Хирургия, 1957, 11.—5. Пипко А. С. и Столяров Я. З. Вестн. рентгенол., 1939, 5.—6. Пущевой Я. И. Вестн. рентгенол., 1955, 2.—7. Шехтер И. А. и Каган Е. М. В кн. „Вопросы рентгенологии“, М., 1952.—8. Owens I. L. and Howard I. M. Ann. Surgery, 1958.

Поступила 17 декабря 1959 г.

КИСТОВИДНАЯ ЛИМФАНГИОМА БРЫЖЕЙКИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Асс. Н. А. Колсанов

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Лимфангиомы брыжейки как редкое заболевание диагностируются с трудом и являются или операционной находкой, или обнаруживаются лишь при вскрытиях (Д. Б. Авидон, В. В. Жарова, И. М. Кудинов, А. А. Филиппович, Д. И. Фейртаг).

Лимфангиомы брыжейки как врожденные истинные кистовидные опухоли чаще бывают одиночными и располагаются в брыжейке тонких кишок, реже — в брыжейке толстого кишечника. Размер их — от просыаного зерна до больших, занимающих значительную часть брюшной полости. Клиническое течение различно и зависит от расположения опухоли, ее размера и взаимоотношений с соседними органами. В их клиническом течении (по Н. Н. Филиппову, М. Н. Зараковскому и Б. Г. Стучинскому) различают три периода. Первый — протекает без внешних проявлений. Второй (обычно принимаемый за начальный) характеризуется болями в животе, иногда напоми-

нающими аппендицит, явлениями непроходимости, дизурией. Для третьего периода характерны такие осложнения, как кровотечение, перитонит, истощение.

Приводим наше наблюдение.

Б-ной Ч., 18 лет, доставлен 22/X-55 г. из районной больницы с диагнозом: «осумкованный перитонит?»

Жалобы на приступообразные боли в животе, тошноту, рвоту. Болен два месяца, лечился амбулаторно и стационарно в районной больнице.

Состояние удовлетворительное. Пульс — 76, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Легкие и сердце — без отклонений от нормы. Живот мягкий, безболезненный. Внизу и справа от пупка пальпируется продолговатая, подвижная опухоль 7×5 см, мягко-эластической консистенции. Печень и селезенка не увеличены.

Hb — 73%. РОЭ — 6 мм/час, Л. — 6800 (формула без особенностей). При анализе мочи отклонений от нормы не обнаружено.

Рентгенологическое исследование желудка и кишечника показало, что описанная опухоль отношения к этим органам не имеет.

С предположительным диагнозом кисты брыжейки 3/XI-55 г. под местной анестезией произведена нижняя срединная лапаротомия (Н. А. Колсанов). Между серозными листками брыжейки тонкого кишечника обнаружена множественная кистозная опухоль, основная масса которой занимает таз и интимно спаяна с тазовой брюшиной и сосудами брыжейки. Опухоль удалена. Послеоперационное течение гладкое.

Патогистологическое исследование. Среди умеренно развитой волокнистой соединительной ткани имеется множество мелких и крупных неправильной формы полостей. Внутри они выстланы одним слоем эндотелиальных клеток. В просвете некоторых полостей содержится свернувшаяся белковая масса с примесью отдельных лимфоцитов. В соединительной ткани много расширенных мелких кровеносных сосудов, встречаются мелкоочаговые кровоизлияния. Имеются очаги со скоплениями лимфоидных клеток. Диагноз: кистовидная лимфангиома (доц. Н. А. Ибрагимова).

ЛИТЕРАТУРА

1. Авидон Д. Б. Хирургия, 1956, 3. — 2. Жарова В. В. Сов. мед., 1954, 6. — 3. Кудиннов И. М. Вест. хир., 1956, 4. — 4. Филиппович А. А. Вест. хир., 1953, 2. — 5. Фейртаг Д. И. Вестн. хир., 1956, 4.

Поступила 27 мая 1959 г.

ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ САЛЬНИКА НА МЕСТЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА, ПЕРФОРИРОВАВШЕГО КИШЕЧНИК¹

А. Л. Аксельдорф

Куйбышевская городская центральная больница им. Н. И. Пирогова
(главврач — К. П. Жильцова)

Воспалительные опухоли сальника возможны в результате острой или хронической инфекции (брюшной тиф, туберкулез, сифилис) или на месте инородных тел, перфорировавших кишечник по типу пролежня. По Ю. Е. Березову, к 1946 г. в мировой литературе было описано всего 58 случаев образования подобных опухолей. В последующие годы в отечественной литературе мы нашли еще 4 сообщения (А. И. Новиков, В. К. Ефимов, Т. Н. Мордвинкина). Во всех приводимых в литературе случаях диагноз до операции не был установлен.

Приводим наше наблюдение.

Б-ная Г., 46 лет, поступила 21/VII 1958 г. с диагнозом «острый живот». Жалобы на боли в нижней половине живота, тошноту, рвоту. Больна 10 дней, в день поступления боли усилились.

Сложение правильное, упитанность удовлетворительная. Органы дыхания и сердечно-сосудистая система — без отклонений от нормы. Пульс — 86, хорошего наполнения, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, напряжен во всех отделах. По средней линии живота от пупка до лобка имеется послеоперационный рубец, не спаянный с подлежащими тканями. (В 1951 г. правосторонняя тубэктомия по поводу внематочной беременности.) В верхнем отделе рубца, на 3 см ниже пупка, отмечается уплотнение размерами $2 \times 1,5$ см, резко болезненное при пальпации. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Л. — 9 500.

¹ Доложено на 262 заседании Куйбышевского областного хирургического общества 14/X 1958 г.