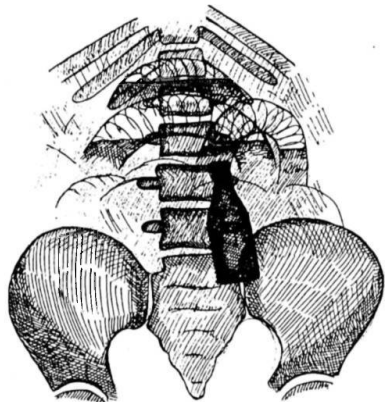


явления пневмоперитонеума — симптом «серпа» (см. рис.).

УДК 616.34—007.43—031.611.957—089.844

К.А. Корейба (Казань). Редкий вид ущемленной паховой грыжи



Общий анализ крови: Нб — 139 г/л, эр. — $4,3 \cdot 10^{12}/л$, л. — $20,4 \cdot 10^9/л$, п. — 40%, с. — 46%, мон. — 2%, лимф. — 12%, свертываемость — 3 минуты 50 секунд.

УЗИ органов брюшной полости, почек: без патологии; свободная жидкость не определяется. Диагностированы инородное тело в брюшной полости, разрыв полого органа. Осмотрена анестезиологом. Состояние больной оценено как тяжелое за счет интоксикации, взята на операционный стол через 30 минут после поступления.

Под эндотрахеальным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. Из свободной брюшной полости извлечена наполовину заполненная перитонеальным выпотом бутылка из-под Петчупа. Во всех отделах брюшной полости — выпот серозно-фибринозного характера с примесью кала. Тонкая кишка умеренно дилатирована. Паритетальный и висцеральный листки брюшины инъецированы, больше в нижних частях брюшной полости. На передней стенке прямой кишки в ректосигмоидальном отделе имеется рваная рана в продольном направлении размерами 6x4 см, не кровоточит.

Разрыв прямой кишки ушит после мобилизации забрюшинной части трехрядным узловым швом в поперечном направлении. Произведены трансанальная интубация прямой кишки, интубация тонкой кишки по Эбботу—Миллеру до илеоцекального угла. В созданный дефект передней брюшной стенки в левой подвздошной области выведена сигмовидная кишка, наложена классическая двухствольная сигмостома. Выполнена санация брюшной полости. Дренажные трубки установлены в малый таз, правый и левый боковые каналы, а марлево-перчаточный дренаж — через правую подвздошную область к ушитой прямой кишке. На рану наложены послойные швы.

Клинический диагноз: разрыв прямой кишки; инородное тело в брюшной полости; распространенный серозно-каловый перитонит, токсическая фаза.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 12-й день с рекомендациями последующей восстановительной операции через 6 месяцев.

Как известно, крипторхизм встречается у 0,18—3,6% населения. Ущемление неопущенного яичка в паховом канале описано в 1,9% случаев как одно из осложнений крипторхизма наряду с заворотом и злокачественным перерождением (до 15—40%). В 20—80% случаев крипторхизм сочетается с паховой грыжей. Эндокринная недостаточность при крипторхизме встречается в 4—5% случаев.

М., 61 год, поступил в отделение гнойной хирургии 5-й городской клинической больницы г. Казани 09.03.2000 г. Жалуются на боли в правой паховой области; температура тела повышена до 38,0°C, имеет место опухолевидное образование в паховой области. Болен в течение 4 дней.

Из анамнеза: врожденный крипторхизм (неопущение правого яичка), гипертоническая болезнь. Имеет двоих детей.

Объективно: кожные покровы физиологической окраски, язык обложен, влажный. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД — 150/80 мм Hg. Частота пульса — 84 уд/мин, удовлетворительно наполнения. Стул, диурез в норме.

Местно: опухолевидное образование в правой паховой области (10 x 5 см) выше паховой складки, не спускается в мошонку, плотно-эластической консистенции. Пальпация в области проекции наружного пахового кольца резко болезненна. Перистальтика активная. Симптомов раздражения брюшины нет. Левое яичко в мошонке (4 x 2,5 см), плотно-эластической консистенции, овоидной формы, подвижное, безболезненное.

При осмотре: эндокринная недостаточность, выражающаяся при крипторхизме в задержке общего развития, тестикулярной недостаточности, недоразвитии вторичных половых признаков, евнухоидизме или ожирении не выявлена.

Общий анализ крови: Нб — 117 г/л, л. — $7,9 \cdot 10^9/л$; СОЭ — 26 мм/ч, п. — 7%, с. — 63%, эоз. — 2%, мон. — 4%, лимф. — 24%, свертываемость по Сухареву — 5 минут 40 секунд.

Общий анализ мочи: плотность — 1,018, белок — следы, л. — 15—20 в поле зрения, эп. и эр. — единичные в поле зрения.

ПТИ — 85%, мочевины — 4,9 ммоль/л, общий белок — 80 г/л, билирубин — 11,5 мкмоль/л.

Диагноз: острый гнойный орхит справа на фоне крипторхизма; абсцесс передней брюшной стенки. Больному предложена операция. О возможности удаления дистопированного яичка он был предупрежден, на операцию согласен.

09.03.2000 г. произведена экстирпация дистопированного некротизированного яичка и недоразвитой маточной трубы с придатками справа; герниопластика по Кукуджанову; дренирование послеоперационной раны.

Под внутривенным обезболиванием вскрыт паховый канал справа типичным доступом. В паховом канале обнаружены два атрофически измененных образования с очагами некроза и кро-

воизлияниями размерами 2 x 1,5 см и 2,5 x 3,5 см, плотной консистенции, каждое из которых имеет свой сосудистый пучок. У одного из них, расположенного дистальнее и ущемленного в наружном паховом кольце, имеется семенной канатик. Произведены экстирпация обоих образований с высокой перевязкой сосудистых элементов и канатиков, пластика пахового канала по Кукуджанову, дренирование подкожной жировой клетчатки пахового канала.

Послеоперационный диагноз: ущемленная косая правосторонняя паховая грыжа с ущемлением дистопированного дегенеративно-некротически измененного яичка на фоне гипоплазии дегенеративно-склеротически измененной маточной трубы с придатками справа.

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж удален на 3-и сутки. Больной активизирован на 2-е сутки. Швы сняты на 7-е сутки. Заживление произошло первичным натяжением. Выписан на 8-е сутки после операции. Повторно осмотрен на 10 и 30-й дни после выписки.

УДК 616.36—002.2—022.7.578.891|—07.616—053.6—08

И. Н. Лесная (Пенза). Особенности клиники и иммунокорректирующей терапии вирусного гепатита В у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами

Целью данной работы являлись изучение клинико-иммунологических особенностей острого вирусного гепатита В (ОГВ) и анализ терапевтической эффективности индуктора эндогенных интерферонов — препарата циклоферона (ЦФ) при ОГВ у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Под наблюдением находились 85 подростков 15—18 лет, у которых в сыворотке крови методом ИФА были выявлены антитела острой фазы к вирусу гепатита В (HBeAg, anti-HBe IgM). Больные 1-й основной группы (51 чел.) злоупотребляли психоактивными веществами, во 2-й контрольной группе (34 чел.) сопутствующей наркомании не было. Для достижения наркотического опьянения 84,3% больных основной группы употребляли опиаты, изготовленные кустарным способом, у 15,6% больных опийная наркомания сочеталась с применением препаратов, содержащих эфедрин с димедролом. Длительность наркомании от 6 месяцев до 1,5 лет наблюдалась у 62,7% подростков, свыше 1,5 — у 37,2%.

Применяли следующие методы исследования: унифицированные биохимические тесты (билирубин, активность АлАТ, осадочные белковые реакции, протромбиновый индекс), серологические (выявление HBsAg, HBeAg, anti-HBe IgM в сыворотке крови методом ИФА с использованием тест-систем «Вектор-Бест»). Иммунологические методы включали определение уровня сывороточных иммуноглобулинов (Ig A, M, G, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), функциональной активности лимфоцитов в реакции бласттрансформации (РБТЛ) с митогеном

ФГА, а также количества Т-лимфоцитов CD4+, CD8+ -фенотипа.

Изучение клинических особенностей ОГВ показало, что у 41 (80,3%) больного 1-й группы и у 29 (85,2%) больных 2-й группы заболевание протекало в среднетяжелой форме. Легкая форма наблюдалась у 2 (1,9%) больных 1-й группы и у одного (2,9%) из 2-й группы, тяжелая форма — соответственно у 9 (17,6%) и у 4 (11,6%).

В развитии клинической симптоматики преджелтушного периода в 1-й группе больных доминировал диспептический вариант ($45,0 \pm 2,2\%$; $P < 0,05$), в контрольной — смешанный ($36,2 \pm 2,1$; $P < 0,05$). Продолжительность продромального периода в 1 и 2-й группах не различалась ($9,1 \pm 1,9$ дня и $7,8 \pm 2,4$ дня; $P > 0,05$). В то же время анализ клинических проявлений преджелтушного периода позволяет утверждать, что у больных ОГВ,отягощенных приемом наркотиков, чаще ($P < 0,05$) отмечались такие симптомы, как лихорадка ($43,1 \pm 3,2$ против $17,6 \pm 1,7\%$ в контрольной группе), тошнота и анорексия ($68,6 \pm 4,1$ и $55,8 \pm 3,7\%$), артралгия ($37,2 \pm 1,6$ и $14,1 \pm 1,1\%$), экзантемы ($27,4 \pm 1,1$ и $8,8 \pm 0,6\%$) и кожный зуд ($23,5 \pm 1,1$ и $11,7 \pm 0,9\%$).

Заболевание в разгаре у подростков-наркоманов характеризовалось выраженностью клинических симптомов в сравнении с таковыми в группе контроля, а именно повышением температуры ($44,1 \pm 2,6\%$ против $39,2 \pm 3,3$; $P < 0,05$), диспептическими расстройствами ($62,7 \pm 3,0$ против $44,1 \pm 2,6\%$; $P < 0,05$), болями в правом подреберье тянущего характера ($82,3 \pm 3,8$ против $6,7 \pm 3,2\%$; $P < 0,05$), геморрагическим синдромом ($9,8 \pm 0,6$ против $2,9 \pm 1,3\%$; $P < 0,05$), который отмечался в основной группе даже при среднетяжелой форме заболевания.

Увеличение размеров печени наблюдалось у всех пациентов 1-й группы. Однако у подростков со стажем наркомании более 1,5 лет гепатомегалия отличалась большими (на 1,5-2 см) размерами, выраженной болезненностью и плотностью печеночной паренхимы, что можно связать с развитием хронического токсического поражения печени у больных, злоупотребляющих наркотиками длительное время. Продолжительность употребления наркотических веществ (более 1,5 лет) повлияла также на частоту развития сопутствующей патологии со стороны ЖКТ и мочевыделительной системы.

Желтушный период у больных 1-й группы отличался большей продолжительностью по сравнению с группой контроля и составил $27,2 \pm 4,1$ дня против $21,6 \pm 1,7$ дня ($P < 0,05$). У пациентов 1-й группы период разгара сопровождался более высокими ($P < 0,05$) показателями общего билирубина сыворотки крови и продолжительностью гипербилирубинемии по сравнению с контролем.

Волнообразный характер билирубинемии наблюдался у 14 ($27,4 \pm 3,1\%$) пациентов 1-й группы и у 2 ($5,8 \pm 1,5\%$) — из 2-й группы ($P < 0,05$). Повышение уровня билирубина сыворотки крови у больных 1-й группы сопровождалось, как прави-