

Под влиянием лечения компламином заметно больше, чем на фоне общепринятой терапии, уменьшалось количество билирубина в периоде спада желтухи. Статистически достоверное различие удалось доказать при тяжелом ($80,7 \pm 14,9$ мкмоль/л, $P < 0,02$) и среднетяжелом течении заболевания ($27,0 \pm 1,2$ мкмоль/л и $40,5 \pm 3,0$ мкмоль/л, $P < 0,001$). Нужно подчеркнуть, что на 10—15-й день лечения уровень билирубина при среднетяжелой форме течения гепатита снизился более значительно у больных, леченных компламином ($P < 0,001$). На 20—25-й день лечения это различие сохранялось.

Для более глубокого изучения белкового обмена на фоне компламинотерапии мы исследовали полирографическую активность сыворотки крови больных. Было установлено, что низкие величины коффициентов, выявленные нами в периоде разгара заболевания и отражающие полирографическую активность сыворотки крови, могут быть косвенным доказательством уменьшения в крови гликопротеидов, аминокислот и сульфгидрильных групп, которые синтезируются в печени.

Компламинотерапия способствовала сокращению пребывания больных среднетяжелой формой сывороточного гепатита в стационаре ($P < 0,001$).

Результаты клинических и лабораторных исследований позволяют рекомендовать включение компламина в комплексную терапию больных сывороточным гепатитом.

УДК 616.346

Н. И. Пушкарев (Белебей, БАССР). О чрезмерно подвижной слепой кишке¹

Избыточная подвижность правой половины толстой кишки впервые описана Гурбером в 1868 г. Она бывает при наличии собственной, общей частичной и общей полной брыжейки, нередко обуславливает кишечную непроходимость, в ряде случаев проявляется с детства дневными кратковременными приступообразными болями в правой половине живота, возникающими, как правило, после физических нагрузок, порой иррадирующими в поясницу, постепенно нарастающими. Объективно при этом живот мягкий, при глубоком ощупывании болезненный и урчащий в правой подвздошной области; рентгенологически выявляется значительная смещаемость подвздошнослепого угла.

Coezum mobile дифференцируют с аппендицитом, холециститом, почечнокаменной болезнью, воспалением придатков матки, туберкулезным мезаденитом, колитом, глистной инвазией и т. д.

Ряд хирургов рекомендуют оперативное лечение при *coezum mobile*. Предложены следующие варианты операции: 1) фиксация слепой и восходящей кишок к пристеночной брюшине; 2) фиксация брыжейки правой половины толстой кишки к пристеночной брюшине; 3) забрюшинная фиксация слепой и восходящей кишок; 4) мезоперитонизация восходящей кишки. При операциях по поводу *coezum mobile* разрез брюшной стенки должен быть большим (параректальным, трансректальным или срединным), обезболивание — общим.

В течение 1974—1979 гг. мы изучали частоту подвижности ободочной кишки на секционном материале в морге Белебеевской МСЧ. Обследованы трупы 100 женщин и 170 мужчин. Свободная подвижность слепой кишки у мужчин встретилась в 21,1%, у женщин — в 29%, общая полная брыжейка — в 0,7%. У обследованных трупов с *coezum mobile* количество пленчатых отложений, тяжей и рубцов было наименьшим при подвижности ободочной кишки до средней трети ее восходящей части.

За эти же 5 лет нами прооперированы с использованием указанных выше вариантов и нашим способом 50 больных — 19 мужчин и 31 женщина, поступившие по поводу острого аппендицита (32), хронического аппендицита (14), кишечной непроходимости (2), подвижной слепой кишки (2).

Сущность нашей операции заключалась в следующем: после аппендэктомии снаружи восходящей кишки, параллельно ей, рассекаем брюшину на длину подвижности; туго отслаиваем кнутри восходящую кишку, брыжеечную ленту ее сшиваем с поясничными мышцами; сближаем края брюшины. Нам такая операция кажется наиболее физиологичной, но выполнима она только при хорошо выраженной *tenia mesocolica*.

У всех оперированных боли в животе полностью исчезли. Для сравнения мы обследовали 50 человек, оперированных в эти же годы по поводу аппендицита хирургами, не уделявшими внимания *coezum mobile*: 4 из них аппендэктомия облегчения не принесла.

Итак, установление наличия *coezum mobile* трудностей не представляет. Если она клинически проявляется, показано оперативное лечение. Вопрос о способе фиксации должен решаться во время операции. Отдаленные результаты операций хорошие.

¹ Доложено на научно-практической конференции 20/VII 1979 г. в г. Белебее.