

ранней диагностики в отделении нейрохирургии 15-й городской больницы г. Казани применяются все современные методы, в том числе реоэнцефалография и реография. В норме реоэнцефалограммы и реограммы характеризуются быстрым крутым подъемом и медленным спуском, высокой амплитудой, острой вершиной и хорошо выраженным дикротическим зубцом средненисходящей части кривых.

На основании 55 записанных реоэнцефалограмм и реовазограмм нами установлено, что при черепно-мозговой травме средней тяжести (сотрясении, ушибах средней тяжести) наблюдаются достоверное увеличение артериального тонуса, снижение капиллярного тонуса и объемного кровотока, увеличение периферического тонуса, неустойчивость венозного тонуса и резкое затруднение венозного оттока.

При черепно-мозговой травме легкой степени отмечаются нарушения артериального и венозного тонуса. При снижении последних констатировано увеличение объемного кровотока, некоторое повышение периферического и капиллярного тонуса, неустойчивость венозного тонуса.

Указанные результаты исследований были получены в 1—2-е сутки после травмы. К 3—5-м суткам параллельно с улучшением состояния пострадавших происходила нормализация реоэнцефалограммы. Однако даже к 1,5 мес наблюдений после травмы мозговой травме легкой степени было установлено увеличение амплитуды на реовазограммах, что косвенно свидетельствует о расширении мозговых сосудов и сужении периферических. Отмечалась также асимметрия кровенаполнения с более частым преобладанием на стороне, противоположной повреждению.

Наши данные получены на основании исследований и записей 195 реоэнцефалограмм и реовазограмм у 55 больных с черепно-мозговой травмой средней и легкой тяжести.

Материалы изучения центрального и периферического кровообращения с помощью реоэнцефалографии и реовазографии важны в практической нейрохирургии для ранней диагностики степени тяжести черепно-мозговых травм и позволяют объективно и своевременно обосновать комплекс лечебных мероприятий.

УДК 616.33—002.44—089.844

#### А. Я. Яковлев, А. Г. Смирнов (Куйбышев-обл.). Хирургическое лечение осложнений после ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Известно, что у определенной части больных, перенесших ушивание перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, в последующем возникают осложнения, при которых повторная операция становится неизбежной. Обычно производится резекция органа, которая сопряжена с известными трудностями вследствие спаечного процесса и выраженных рубцовых изменений.

Нами с 1970 по 1980 г. резекция желудка в различные сроки после ушивания перфоративной язвы произведена у 102 больных. Операции ушивания перфоративной язвы подвергались больные наиболее работоспособного возраста — до 30 лет (51). Резекция желудка чаще выполнялась лицам в возрасте 31—50 лет (63). Среди пациентов были всего две женщины.

Из анамнеза установлено, что у 36 больных имелась перфорация «немой язвы», среди них преобладали лица молодого возраста — до 30 лет (26). Перфоративную язву дважды ушивали 8 больным, 5 из которых также были моложе 30 лет. Все это подтверждает мнение о том, что перфорации язвы более подвержены лица молодого возраста.

Нам не представилось возможным установить, по поводу перфорации какого органа, желудка или двенадцатиперстной кишки были оперированы больные, поскольку многие из них ранее проживали за пределами Куйбышевской области.

В течение первого года после ушивания перфоративной язвы повторной операции подвергались 35 человек. Среди них лиц в возрасте до 20 лет было 3, от 21 до 30 лет — 6, от 31 до 40 лет — 10, от 41 до 50 лет — 8, от 51 до 60 лет — 7, старше 60 лет — 1. В сроки от 1 до 2 лет оперированы 7 человек, от 2 до 3 лет — 7, от 3 до 5 лет — 18, от 5 до 10 — 16, от 10 до 15 лет — 7, от 15 до 20 лет — 6, больше 20 лет — 6.

Показаниями к радикальной операции явились стеноз привратника (49,6%), болевой синдром, не поддающийся консервативному лечению (31,6%), кровотечение (6,9%) и другие причины (11,9%). Болевой синдром, как выяснилось во время операции, у 38 больных был обусловлен пенетрацией язвы в соседние органы, главным образом в поджелудочную железу.

Большинству больных (75) резекция желудка была произведена по Бильрот-II, преимущественно в модификации Гофмейстера—Финстерера, остальным (27) — по Бильрот-I с селективной ваготомией. Средний койко-день после операции составил 15,4.

После операции умерло 2 (2%) больных. Причиной смерти явились перитонит вследствие несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки у одного из них и профузное кровотечение из сосудов культи желудка — у второго.

Отдаленные исходы изучены у 68 больных, оперированных до 1976 г. Резуль-

таты специальной анкеты, проведенной среди больных, показали, что 40 (59%) из них жалоб не предъявляют и считают себя здоровыми, остальные периодически отмечают боли в подложечной области, тошноту, изжогу и отрыжку. Необходимости в реконструктивной операции по поводу демпинг-синдрома не возникло ни у одного пациента.

УДК 616.37—003.4—089.8

### Д. М. Красильников, Р. В. Юнусов (Казань). Гигантская ложная киста поджелудочной железы

В связи с возросшей частотой возникновения псевдокист поджелудочной железы важное практическое значение имеет изучение вопросов диагностики, выбора объема и метода хирургического вмешательства при этой патологии. Приводим наше наблюдение.

З., 35 лет, поступила в хирургическое отделение городской больницы № 1 12/II 1982 г. в 18 ч с жалобами на сильные боли в животе схваткообразного характера, тошноту, обильную рвоту желчью, слабость, задержку отхождения газов, стула.

Заболела накануне в 20 ч. Внезапно после обильного ужина появились боли в эпигастрии опоясывающего характера с иррадиацией в левое плечо, лопатку, левую половину грудной клетки. За медицинской помощью не обращалась. К утру боли стали носить схваткообразный характер и сопровождались частой рвотой; отмечались задержка отхождения газов, вздутие живота, высокая температура.

Из анамнеза установлено, что больная перенесла 6 оперативных вмешательств на органах брюшной полости: в 1962 г.— аппендэктомия; в 1967 г.— ушивание матки вследствие ее перфорации при медицинском аборте, через 6 сут— релапаротомию по поводу спаечной кишечной непроходимости; в 1970 г.— удаление правой маточной трубы по поводу прервавшейся трубной беременности и через 6 сут— релапаротомию вследствие разлитого перитонита; в 1974 г.— операцию по поводу послеоперационной вентральной грыжи.

При поступлении состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные. Язык сухой, обложенный, выраженная тахикардия. Живот вздут, участвует в акте дыхания. Ниже пупка по срединной линии и в обеих подвздошных областях послеоперационные рубцы. Перкуторно— тимпанит, перистальтика ослабленная. Живот мягкий, болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются единичные чаши Клойбера. Анализ крови, мочи без существенных изменений.

Дежурной бригадой хирургов был поставлен диагноз: спаечная кишечная непроходимость. Проводилась интенсивная консервативная терапия, направленная на решение кишечной непроходимости, коррекции водно-электролитного баланса, что значительно облегчило состояние больной. Однако боли сохранялись, держалась фебрильная температура. На 14-й день заболевания у больной появилась одышка. При объективном обследовании над легкими ниже IV ребра слева констатировано приглушение перкуторного звука. Дыхание в этой зоне не проводилось. После рентгенологического обследования грудной клетки подтвержден диагноз левостороннего выпяченного базального плеврита.

В это же время в эпигастральной области и левом подреберье стало пальпироваться опухолевидное образование размером  $10 \times 20$  см, тугоэластической консистенции, неподвижное, безболезненное. При рентгеноскопии желудка выявлено резкое его смещение кпереди и вправо. Высказано предположение о наличии псевдокисты поджелудочной железы, осложненной реактивным базальным плевритом, частичной кишечной непроходимостью. Постепенно стали нарастать симптомы интоксикации, анемия. Лабораторные острофазовые реакции воспаления стали резко повышены. Амилаза мочи— 128 ед., амилаза крови— 20 ед.

11/III 1982 г. произведена операция (Д. М. Красильников). Разрезом в левом подреберье вскрыта брюшная полость: Выпота нет. При ревизии обнаружено флюктурирующее гигантское образование мягкоэластической консистенции, которое располагалось за желудком и распространялось на область левого поддиафрагмального пространства, эпи- и мезогастрия. Желудок смещен кпереди и вправо. Отмечалось сдавление дна и тела желудка выступающей частью опухоли. В подпеченочном пространстве, по большой кривизне желудка и далее по направлению в малый таз— обширный спаечный процесс. Край печени на всем протяжении срощен с желудком. Произведена пункция опухолевидного образования. Эвакуировано около 4 л светлой жидкости с примесью хлопьев, без запаха, активности амилазы которой составила 17200 ед. После опорожнения кисты удалось пропальпировать поджелудочную железу. Последняя была обычных размеров, несколько уплотнена, в области тела определялся кратерообразный дефект размером  $1 \times 2 \times 6$  см. Операция закончена наложением цистогастроанастомоза. Через анастомоз в полость кисты введен тонкий назогастральный зонд. Произведено дренирование брюшной полости.

Послеоперационный диагноз: гигантская ложная киста поджелудочной железы, хронический панкреатит, левосторонний реактивный базальный плеврит, спаечная болезнь брюшины.