

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 восстановление 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.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Реактивный базальный плеврит разрешился без пункций. Выписана через 3 нед. Через 2 мес состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет. Присутствия заболевания, а также трудностей диагностики, выбора метода оперативного вмешательства<sup>1</sup>.

УДК 616.832—007.235:616—008.853.3

### Ж. Х. Заруди (Уфа). Поглощительная функция макрофагов у больных сирингомиелией

Мы изучали неспецифическую реактивность у больных сирингомиелией. Для определения поглощительной способности макрофагов использовали методику изучения фагоцитарной функции ретикулоэндотелиальной системы (РЭС) с использованием коллоидного <sup>198</sup>Au.

Функциональное состояние элементов РЭС у больных сирингомиелией исследовали на аппарате УРУ. Больного укладывали на спину и над третьим межреберьем у левого края грудины устанавливали датчик

#### Средние арифметические величины фагоцитарного индекса (К) для всех возрастных групп больных сирингомиелией

Возраст	п	К
	Мужчины	
17—20	5	0,0201±0,0040
21—30	6	0,0249±0,0025
31—40	7	0,0395±0,0072
41—50	16	0,0381±0,0032
Свыше 50	4	0,0267±0,0032
	Женщины	
17—20	4	0,0212±0,0014
21—30	6	0,0231±0,0045
31—40	10	0,0227±0,0028
41—50	8	0,0337±0,0052
Свыше 50	4	0,0267±0,0011

в контакте с кожей. После записи фона больному вводили внутривенно свежеприготовленный раствор <sup>198</sup>Au. Одновременно начинали автоматическую графическую регистрацию содержания препарата. Исследование продолжали в среднем 20 мин до установления платорадиоактивности крови на графике. По кривым снижения содержания <sup>198</sup>Au в крови, отражающим кинетику коллоидных частиц препарата, определяли клиренс, по величине которого судили о функциональном состоянии клеток РЭС.

Всего обследовано 70 больных сирингомиелией. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц. Установлено, что фагоцитарный индекс (К) РЭС у здоровых составлял  $0,0317 \pm 0,0008 \text{ мин}^{-1}$  с пределом физиологических колебаний  $0,026 - 0,036 \text{ мин}^{-1}$ . Было также показано, что пол не влияет на фагоцитарные показатели, а возраст достаточно коррелирует с ними.

Как видно из таблицы, фагоцитарный индекс резко снижен у больных в возрасте до 20 лет. В связи с этим в дальнейшем анализировали данные лишь больных в

возрасте 21 год и старше.

Результаты анализа показали, что фагоцитарный индекс резко снижен по сравнению с нормой у больных с давностью заболевания до 5 лет, возрастает до нормальных цифр к 15 годам и резко повышается после 15 лет. Можно предположить, что активность макрофагов на ранних стадиях заболевания резко уменьшается, а под действием каких-то иных факторов для борьбы с имеющимся патологическим процессом возрастает.

С помощью однофакторного дисперсионного анализа данных фагоцитарного индекса у больных сирингомиелией с различными формами и течением процесса констатировано отсутствие корреляции фагоцитарного индекса с клинической формой заболевания. Лишь у больных с быстро прогрессирующей формой заболевания получены сниженные показатели ( $P < 0,01$ ). В связи с этим у них предполагается при-

УДК 612.115

### Р. Ф. Байкеев (Казань). Влияние диметилсульфоксида и глицерина на активность тканевого тромбластина

В настоящем исследовании было изучено влияние крипротекторов глицерина и диметилсульфоксида (ДМСО) на тромбопластическую активность миелина и тканевого тромбластина, изготовленного Каунасским предприятием бакпрепаратов из мозга человека. Появление в кровотоке тканевого тромбластина вызывает тромбоз или тромбогеморрагический синдром, характерный для большого числа хирургических, акушерских, терапевтических, инфекционных и других заболеваний.

<sup>1</sup> От редколлегии. При псевдокистах поджелудочной железы наиболее правильным следует считать наложение цистоэностомии по Ру. Выполнение цистогастростомии может быть оправдано только техническими трудностями, возможными в ходе операции по поводу спаечного про-