

указанные сегменты удалены. Образувавшаяся раневая поверхность частично ушита отдельными швами. Нижняя доля выделена из массивных сращений. Произведена полная декортикация и разрушение легочной связи. В плевральную полость введены антибиотики и отсасывающие дренажи. Во время операции перелито 600 мл одногруппной крови и 150 мл протившоковой сыворотки. Операция продолжалась 2 ч. 10 мин. АД, пульс и дыхание в течение всей операции оставались на нормальных цифрах.

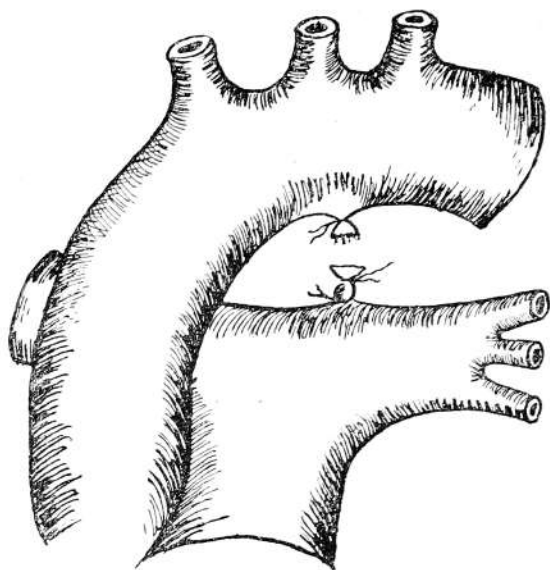


Рис. 2

В первые двое суток отмечались цианоз и одышка, затем послеоперационный период протекал гладко. Полное расправление легкого наступило на 3-й день, больная начала ходить на 10-й день, 18/VII-59 г. выписана в хорошем состоянии.

Через 3 месяца жалоб не предъявляет, одышка отсутствует, чувствует себя здоровой, абациллиарна. При аускультации дыхание проводится на всем протяжении, тоны сердца слегка приглушены, посторонние шумы отсутствуют.

Согласно литературным данным, характерная клиническая картина открытого боталлова протока может отсутствовать у 5% больных. Трудности диагностики скрытых форм данного протока объясняют повышением давления в легочной артерии. В этих случаях исчезает характерный для открытого боталлова протока систоло-диастолический шум.

У нашей больной до операции врожденный порок заподозрен не был, хотя и имелись некоторые косвенные признаки незаращенного артериального протока (эпилептиформные припадки в детстве, поздний менструальный цикл, выраженная одышка при резких движениях, постоянные головные боли), это лишь раз убеждает в том, что во время некоторых внутригрудных операций следует иметь в виду возможность случайного разения боталлова протока, тем более, что стенка его легко может быть повреждена при манипуляциях в рубцовоизмененной медиастинальной клетчатке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. Хирургия, 1950, 1.—2. Бакулев А. Н., Мешалкин Е. Н. Врожденные пороки сердца, М., 1955.—3. Куприянов П. А. Пробл. грудн. хир., М., 1956.—4. Либов С. Л., Кутушев Ф. Х. и Ширяева К. Ф. Вестн. хир., 1955, 8.—5. Либов С. Л., Ширяева К. Ф. Вестн. хир., 1955, 9.—6. Литтман Имре и Фоно Рене. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов, М., 1954.—7. Мешалкин Е. Н. Хирургия, 1954.—8. Осипов Б. К. Хирургия, 1949, 10.—9. Перельман М. И. Клин. мед., 1952, 3.—10. Blalock A. J. thor. surg., 1951, 21, 6.—11. Crafford C., Nilin G. J. thor., surg., 1945, 14, 5.—12. Gerbode F., Holman E., Hultgren H. Arch. surg., 1952, 65, 1.

Поступила 23 сентября 1959 г.

ОБ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ АЛЬВЕОЛЯРНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ

Н. П. Крылова

Из кафедры общей хирургии (зав.—доц. П. П. Рахтанов) Алтайского медицинского института и кафедры госпитальной хирургии (зав.—проф. И. Л. Брегадзе) Новосибирского медицинского института

При локализации узлов альвеолярного эхинококка в правой доле печени наиболее частой является клиновидная резекция, выполняемая при краевом расположении эхинококка.

При больших, распространяющихся в толщу паренхимы узлах, радикальные операции являются очень серьезным вмешательством и производятся редко. А. В. Мельников¹ собрал из литературы за 15 лет всего 3 описания массивных резекций правой доли печени по поводу эхинококкоза и добавил одно собственное наблюдение.

Нами произведены две массивных резекции правой доли печени по поводу альвеолярного эхинококкоза с хорошими непосредственными исходами.

I. Б-ной К., 33 лет, кузнец, поступил 24/XII-58 г. с жалобами на плотную опухоль в области правого подреберья. В сентябре 1958 г. сам случайно обнаружил опухоль, которая не вызывала никаких неприятных ощущений.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Легкие и сердце без отклонений от нормы. Пульс — 68, ритмичный. АД — 125/80. Проба Штанге — 25 сек.

При осмотре живота заметно выпячивание в правом подреберье. При пальпации определяется очень плотная, языкообразной формы опухоль, выступающая из правой доли печени и достигающая нижним своим краем уровня пупка. Левая граница опухоли проходит по средней линии живота, правая — не доходит до передней аксиллярной линии на 2 см. Опухоль неподвижна, безболезненна.

Нв. — 104 ед., 17,4 г%, Э. — 4 320 000, Л. — 5 000, э. — 11%, п. — 7%, с. — 42%, л. — 27%, м. — 3%, тромбоцитов — 316 420, РОЭ — 32 мм/час. Свертываемость крови: начало 2,5 мин, конец — 3,5 мин. Реакция сыворотки крови на билирубин — непрямая, положительная. Билирубин крови по Бокальчуку — 3,12 мг%. Протромбиновый индекс — 100%. Фуксин-сулемовая проба слабо положительна. Белки крови — 7,2%. Антитоксическая функция печени по Квику — Пытелю — 74%. Реакция Вассермана отрицательная.

Уд. вес мочи — 1021. Белок — 1,26%. Реакция на желчные пигменты отрицательная. Свежие эритроциты — 1—2—3 в поле зрения. Лейкоциты 3—4—5 в поле зрения.

Б-ной перед операцией получал витамины С, В₁, В₂, В₁₂, РР, К, внутривенно вводился 40% раствор глюкозы, внутримышечно — камполон. Диета с преобладанием углеводов и белков и ограничением жиров.

24/I-59 г. операция (Н. П. Крылова) под эфирно-кислородным наркозом. Разрезом, параллельным правой реберной дуге, вскрыта брюшная полость. Предлежит белая очень плотная с перламутровой поверхностью опухоль, занимающая большую часть правой доли печени. Опухоль прорастает ложе желчного пузыря и вплотную подходит к воротам печени. Край опухоли находится от ворот на расстоянии 1 см. На диафрагмальной поверхности печени обнаружены еще два рядом расположенных узла эхинококка, диаметром 2,5 см. Перевязаны и пересечены пузырьные протоки и артерия. Желчный пузырь по левому его краю отделен от опухоли и сдвинут вправо. Опухоль удалена частично путем резекции (по тонкому краю печени), частично путем вылущения из толщи паренхимы. При вылущении все входящие в опухоль сосуды и желчные протоки захватывались зажимами и постепенно перевязывались. Край образовавшегося дефекта в печени сближены и сшиты узловатыми кетгутовыми швами. Линия швов перитонизирована неизолированным салъником. Путем вылущения удалены и отдельные узлы на диафрагмальной поверхности печени. К ушитой ране печени подведен резиновый дренаж. В брюшную полость введено 500 000 ед. стрептомицина. Операционная рана послойно зашита до дренажа.

Операция производилась под непрерывным капельным переливанием крови — 1 250 мл и 5% раствора глюкозы — 500 мл.

Размеры препарата — 20 × 18 × 15 см. Вес опухоли — 1150,0.

Заключение патологоанатома: альвеолярный эхинококк.

В послеоперационном периоде в первые дни отмечался парез кишечника. Постепенно нарастали явления правостороннего экссудативного плеврита. Дважды проводилась плевральная пункция с эвакуацией серозной жидкости и введением антибиотиков в полость плевры. Выделений из вставленной в брюшную полость трубки не было, последняя удалена на 7 день после операции. В течение 20 дней после операции стойко держалась температура до 38°. Выписан на 27 день после операции в удовлетворительном состоянии.

II. Б-ной М., 24 лет, тракторист, поступил 5/II-59 г. Около года назад обнаружил в правом подреберье плотную опухоль, которая совершенно не беспокоила и не мешала физической работе. Общее состояние хорошее. Телосложение правильное. Легкие и сердце без отклонений от нормы. Пульс 70, ритмичный. Проба Штанге — 45 сек АД — 90/60.

В правом подреберье пальпируется опухоль хрящевой плотности, выступающая из подреберья от 6 до 8 см. Поверхность опухоли гладкая, при дыхательных экскурсиях она смещается вместе с печенью. Правая ее граница — по правой средне-ключичной линии, левая — на 1—1,5 см не доходит до средней линии.

Нв — 110 ед. — 18 г%. Э. — 4 510 000, тромбоцитов — 224 520, Л. — 7200, э. — 7%, п. — 3%, с. — 55%, л. — 27%, м. — 8%, РОЭ — 15 мм/час. Свертываемость крови: начало — 2,5 мин, конец — 3,5 мин. Реакция крови на билирубин — непрямая, положительная. Количество билирубина в крови по Бокальчуку — 6,24 мг%. Протромбиновый

¹ Хирургия, 1956, 1.

индекс — 93%. Фуксин-сулемовая проба положительная. Белок крови — 7,42%. Реакция Вассермана отрицательная. Реакция Кацони с антигеном однокammerного эхинококка — положительная. Моча — без отклонений от нормы. Антитоксическая функция печени по Квику — Пытелю — 77%.

13/II операция (Н. П. Крылова). Произведено вылушение опухоли альвеолярного эхинококка под эфирно-кислородным наркозом. Разрезом, параллельно правой реберной дуге, вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружена плотная белая опухоль с перламутровой поверхностью, занимающая большую часть правой доли печени. Размеры опухоли $20 \times 17 \times 15$ см. Опухоль распространяется до ворот печени. Желчный пузырь распластан на опухоли. После перевязки пузырных сосудов и протока желчный пузырь отслоен кверху и вправо. Путем эксхорлеации с этапной перевязкой сосудов и желчных протоков опухоль выделена из печени. Операция сопровождалась значительным кровотечением из правой ветви воротной вены при выделении опухоли в области ворот. Рана печени покрыта неизолированным салынком, ушита узловыми кетгутowymi швами. Линия швов перитонизирована салынком. К швам подведены два марлевых тампона. После введения пенициллина и стрептомицина в брюшную полость операционная рана ушита послойно до тампонов. Во время операции перелито 1750 мл изогруппной крови и 1000 мл 5% раствора глюкозы.

Вес опухоли — 1040,0. Результаты гистологического исследования — альвеолярный эхинококк печени.

В послеоперационном периоде со стороны брюшной полости осложнений не было. Тампоны удалены на 5-й день, желчеистечения не отмечалось. Заживление раны первичное. С первых же дней после операции у больного появился правосторонний плеврит, сопровождавшийся высокой температурой. После плевральной пункции температура упала.

Выписан 15/III-59 г. в удовлетворительном состоянии.

Поступила 21 июля 1959 г.

СЛУЧАЙ ЗАВОРОТА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Канд. мед. наук А. Ф. Попов

Из клиники факультетской хирургии им. А. В. Вишневского (зав. — проф. С. М. Алексеев) Казанского медицинского института

Заворот желчного пузыря встречается очень редко. В 1955 г. Н. В. Боброва сообщила о 26 случаях, по данным литературы, и об одном личном наблюдении. В 1957 г. опубликованы 3 наблюдения А. Г. Ец и В. А. Григорьевой.

Диагностика данного заболевания чрезвычайно трудна. Чаще всего заворот желчного пузыря ошибочно принимается за острую кишечную непроходимость или приступ желчнокаменной болезни. Внезапное начало, резкие боли, многократная рвота, тяжесть состояния обычно встречаются при каждом из названных заболеваний. Приводимое ниже наблюдение так же ошибочно было принято за острую кишечную непроходимость.

Б-ная Ф., 76 лет, была доставлена в клинику через 20 час. с момента заболевания с жалобами на боли по всему животу с преимущественной локализацией в правой половине, тошноту и рвоту. Боли появились внезапно, интенсивность их постепенно нарастала, иррадиации нигде не отмечалось. Рвота многократная. Газы отходят. Стула нет с момента заболевания. Мочепускание не нарушено. В прошлом подобного состояния не наблюдалось. Гинекологические заболевания отрицает.

Кожные покровы и слизистые бледны, конечности холодны, кончики пальцев цианотичны. Температура нормальная. Пульс — 120, ритмичен, слабого наполнения. Язык сухой, обложен. Живот резко вздут, симметричен, видимой перистальтики не отмечается. Болезненность наиболее выражена справа, напряжение мышц незначительное. Несколько ниже правого подреберья нечетко определяется опухолевидное образование, характер, величину, консистенцию и подвижность которого определить не представляется возможным из-за резкой болезненности и напряжения мышц. При перкуссии во всех отделах тимпанит. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не найдено.

Клинический диагноз — острая кишечная непроходимость.

Энергичные консервативные мероприятия: внутривенные и подкожные вливания солевых растворов, переливание крови, двусторонняя паранефральная блокада, атропинизация, клизмы, промывание желудка и сердечные средства эффекта не дали.

Операция через 2 часа с момента поступления (А. Ф. Попов) под местной анестезией. Срединная лапаротомия. В брюшной полости незначительное количество мутной геморрагической жидкости с примесью желчи. Со стороны желудочно-кишечного тракта изменений, объясняющих клиническую картину, не найдено. Разрез продлен вверх и вправо. Желчный пузырь черно-бурого цвета, нерезко увеличен в объеме, напряжен. Обнаружено перекручивание его более чем на 180° вокруг своей брыжейки, которая