

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 кетгутовыми 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. Моченспускание 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  $180^\circ$  вокруг своей брыжейки, которая

после разворота оказалась длиной 3—4 см. Жизнеспособность пузыря не восстановилась. Субсерозное выделение его невозможно: сероза дряблая, легко рвется. На брыжейку наложены две клеммы, после чего она прошита, перевязана и отсечена. На пузырный проток наложены две кетгутовых лигатуры, желчный пузырь удален. Брюшная полость осушена и орошена пенициллином. К ложу пузыря подведена марлевая турунда. Операционная рана послойно ушита.

Операционный диагноз — заворот желчного пузыря с гангреной его стенок. Начинаящийся желчный перитонит.

В послеоперационном периоде получала глюкозу, физиологический и гипертонический растворы, антибиотики, наркотические и сердечные средства. Состояние не улучшилось. Через 1,5 суток больная умерла.

При патологическом исследовании выявлен некроз стенок пузыря с воспалением серозного покрова. Желчный перитонит.

До настоящего времени нет определенных данных в отношении причин и условий возникновения заворота желчного пузыря. Основным условием для перекручивания являются анатомические особенности взаимоотношения желчного пузыря с печенью и особенности хода брюшины в этом отделе. Если в обычных условиях желчный пузырь фиксирован к нижней поверхности печени, то при завороте, как правило, он на всем протяжении покрыт брюшиной и висит на ее дубликатуре, как червеобразный отросток на брыжеечке. С. П. Федоров назвал такой подвижный желчный пузырь «маятникообразным».

Предрасполагающими факторами, вероятнее всего, являются потеря эластичности тканей и связочного аппарата, опущение внутренностей и значительное повышение внутрибрюшного давления.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Боброва Е. В. Хирургия, 1955, 5.— 2. Ец А. Г. и Григорьева В. А. Вестн. хир., 1957, 8.

Поступила 25 июня 1959 г.

## К РАСПОЗНАВАНИЮ СОЧЕТАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА СО СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ВЫЗВАННОЙ ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ

*М. И. Маврин*

Из медсанчасти НПУ «Альметьевнефть» (главврач — Р. З. Бадретдинов)

Б-ной У., 17 лет, 1/VIII-58 г. в 22 часа с диагнозом острого аппендицита доставлен в хирургическое отделение.

Заболел внезапно 7 час. тому назад. Появились боли в правой половине живота, тошнота. Боли в животе отмечались в 1953 г. и в 1956 г.; лечился амбулаторно.

Живот умеренно напряжен в правой подвздошной области, болезненность в точке Мак-Бурнея, симптом Блюмберга — Щеткина справа положительный. Язык не обложен. Температура — 37,0°. Пульс — 84, удовлетворительного наполнения.

2/VIII: Нв — 92%, Э. — 4 230 000, Л. — 12 100, РОЭ — 8 мм/час.

Диагноз: острый аппендицит.

При операции 2/VIII разрезом Дьяконова — Волковича послойно вскрыта брюшная полость. Отросток утолщен, багровый, отечен, изогнут спайками. Выпота в брюшной полости нет, прилежащие петли тонких кишок не изменены.

После аппендэктомии продолжает жаловаться на схваткообразные боли в животе, стул задержан, газы отходят частично.

5/VIII состояние резко ухудшилось: схваткообразные боли в животе усилились, рвота, стул задержан, газы не отходят. Язык сухой, обложен. Живот вздут, мягкий, болезненный больше в нижних отделах, в боковых отделах — притупление. Л. — 4 000, РОЭ — 10 мм/час. Пульс — 108.

Диагноз: острая кишечная непроходимость.

Срочная операция под местной анестезией (М. И. Маврин), Срединный разрез. В брюшной полости геморрагическая жидкость. Петли тонкого кишечника длиной 1,5 м с брыжейкой сдавлены натянутым дивертикулом Меккеля, направляющимся от подвздошной кишки к пупочному кольцу. Подвздошная кишка у места отхождения дивертикула рубцово изменена вместе с брыжейкой, просвет ее сужен. Гангрена 1 м тонкой кишки. Дивертикул длиной 10 см, диаметром 3 см у основания, постепенно суживаясь, заканчивается утолщением. Резекция 1 м тонкой кишки вместе с дивертикулом, который отсечен от пупочного кольца. Анастомоз конец в конец. В брюшную полость введены раствор фурацилина 1:5 000, стрептомицина — 0,5 и дренажная трубка. Рана послойно ушита.