На 34-й день (через 8 сут после повторной операции) видно улучшения общего состояния больной был транспортирован в Москву для дальнейшего лечения по месту жительства.

УДК 616.36—078.73

Н. В. Старкова (Казань). Диагностика аутоагressивных процессов при заболеваниях печени

Среди иммунологических методов диагностики заболеваний печени для выявления аутоиммунных процессов известна реакция торможения миграции лейкоцитов с примением воно-солевых экстрактов или гомогенатов печеночной ткани.

Мы использовали очищенный от балластных белков водорастворимый антиген печеночной ткани, представленный нам А. М. Борисовой и В. А. Аристовым (кафедра факультетской терапии, зав. — проф. В. И. Анохин, И МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова). Такой препарат повышает чувствительность реакции более чем в 2 раза, в результате ее диагностическая ценность резко возрастает. Водорастворимый антиген печеночной ткани разводили до концентрации 10 мкг в 1 мл.

Было обследовано 35 человек, из них 20 — с заболеваниями печени, 15 — с синдромом торможения печени при других заболеваниях (лимфоплазематозе, амилоидозе внутренних органов и др.).

Реакцию торможения миграции лейкоцитов ставили с применением 3 антигенных фракций очищенного водорастворимого антигена печеночной ткани. У больных с циррозами печени констатировано отчетливое угнетение миграции лейкоцитов во всех случаях.

Индекс миграции лейкоцитов у этих больных был ниже 80% по всем 3 фракциям (в норме 80—120%). При сравнении с контрольной группой (10 практически здоровых лиц) были получены достоверные результаты по всем трем фракциям: 49%, 47%, 59% соответственно (P<0,001).

У больных с хроническим гепатитом и гепатоцистостатиком также было установлено отчетливое торможение миграции лейкоцитов — 39% (P<0,001).

При симптоматическом увеличении печени ингибиторами миграции лейкоцитов не наблюдалось. У всех больных индекс миграции лейкоцитов был больше 80% (P>0,05).

Таким образом, применение очищенного антигена печеночной ткани в реакции торможения миграции лейкоцитов, с одной стороны, позволяет выявить у больных с циррозами печени и гепатитами наличие аутоагрессивных процессов, а с другой — дает возможность дифференцировать циррозы печени и гепатиты от синдрома торможения печени при других заболеваниях.

УДК 616.34—002.44—007.25—009.814

В. П. Афанасенко (Куйбышев-обр.). Является ли ушивание перфоративных гастроудоценальных язв операцией выбора?

Лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время остается актуальной задачей экстренной хирургии, поскольку связано с тяжестью данного патологического процесса и необходимостью срочной операции в любое время суток.


Среди многих хирургических существуют мнение, что перфорация нежных язв хорошо излечивается простым ушиванием. Из 46 (38,3%) больных, у которых перфорация являлась первым признаком язвенной болезни, рецидив возник у 31. В связи с этим практически этот вид язва следует считать таким же неблагоприятным, как и хронические каллезные язвы.

При наличии уплотнения краев вокруг перфорации более 1 см рецидив язвенной болезни наблюдался у 46 больных, менее 1 см — у 23. Таким образом, чем выражено инфильтрация вокруг перфорации, тем чаще возникает рецидив заболевания.

Повторное оперативное вмешательство выполнено у 25 (20,8%) больных: 13—повторное ушивание перфорации, у 10 — резекция желудка, у 2 — стволовая ваготомия с пилоропластикой.

Исходы признаны хорошими у 30 (25%) человек. Они не предъявляют жалоб, не придерживаются дiets, являются практически здоровыми с полностью восстановленной трудоспособностью.

Результаты лечения оказались удовлетворительными у 21 (17,5%). У больных этой группы имелись различные жалобы со стороны желудка. Они частые пациенты стационара, рентгенологически у них определяется рубцово-язвенная деформация вы-
холодного отдела желудка. Типичной клиникой язвенной болезни нет, трудоспособность снижена незначительно. После курса консервативного лечения у таких больных быстро наступает улучшение.

Плохие исходы зарегистрированы у 69 (57,5%) человек. Они страдают сильными болями в области желудка, низкими, ежедневно лечит стационарно. Рентгенологически у них определяется или язва, или рубцовая деформация желудка с типичной клиникой язвенной болезни. Больные оперированы повторно в связи с осложнениями язвенной болезни, трудоспособность снижена.

Следовательно, у 75% больных после ушивания перфоративной язвы имеются признаки язвенной болезни, выраженные в различной степени. Учитывая такие неудовлетворительные результаты ушивания, мы с 1979 г. стали применять при перфорации пилюродуоденальных язвлаготомию с дренажамим желудок операциями.

УДК 340.624.1:616.34-616.37—089.8

П. Н. Ромашев, В. А. Мамистов (Куйбышев-обр.). Огнестрельное ранение желудка и поджелудочной железы

К., 22 лет, поступил в хирургическое отделение 30/V 1975 г. в 23 ч 25 мин с жалобами на рану в нижнюю часть области левого подреберья. В 22 часа был ранен выстрелом из пистолета.

Объективно: пульс ритмичный, удовлетворительное наполнение и напряжение, 92 уд. в 1 мин, АД 16/10,7 кПа. В области левого подреберья по среднечелюстной линии — округлая рана диаметром 0,8 см, умеренно кровоточащая, с осаднением кожи вокруг нее. На обзорной рентгенограмме в брюшной полости под куполами диафрагмы имеется свободный газ, а слева на уровне XII грудного позвонка — контрастная тень инородного тела размером 0,8×0,6 см. В 23 ч 50 мин больной был оперирован (П. Н. Ромашев) по поводу проникающего огнестрельного ранения брюшной полости. Под эндотрахеальным наркозом сделана верхневисочная лапаротомия. На передней стенке тела желудка около большой кривизны обнаружена рана диаметром 1,5 см, на которой в брюшную полость выделялся желудочное содержимое; на задней стенке желудка ближе к малой кривизне — другая рана диаметром 2 см. Забрюшинная гематома распространилась на корень брыжейки поперечной ободочной кишки. В области тела поджелудочной железы имела рана диаметром 2 см, которая селезенка заканчивалась в толще поясничных мышц.

Раны желудка ушиты двухрядным швом. Через отдельный разрез в поясничной области в рану поджелудочной железы был введен марлевый дренааж, а в полость малого сальника — резиново-марлевый дренааж и микроирригатор.

В послеоперационном периоде проводили противовоспалительное, общекупрежающее лечение с применением атропина и нитроглицеринов. Максимальную активность амилазы мочи (1024 ед. по Вольтемуту) наблюдали на 7-е сутки после ранения. Через три недели после ранения под местной анестезией было удалено инородное тело (пуля), находившееся в поджожной клетчатке поясничной области. На 43-й день после ранения больной выписан на амбулаторное лечение с наружным панкреатическим синдромом в эпигастральной области на месте введения дренаажа. Свист зашел через 4 мес.

Осмотрен через 5 лет. Трудоспособен. Жалоб не предъявляет. Диету не соблюдает. Общий анализ крови в пределах нормы. Содержание глюкозы в крови — 4,5 ммоль/л, активность амилазы мочи по Вольтемуту — 64 ед.

УДК 616—006 (470.51)

Ю. А. Башков, Т. Б. Дудина, Е. А. Кучукрин, И. С. Чумарева (Ижевск). Мероприятия по снижению онкогинекологической заболеваемости в Удмуртской АССР

В УССР ведется активная работа по раннему выявлению рака шейки матки и предопухолевых заболеваний женской половой сферы с применением при профилактических осмотрах цитологического метода исследования. Количество цитологических исследований увеличилось с 29 тыс. в 1969 г. до 430 тыс. в 1980 г., в результате доля активно выявленных больных раком шейки матки среди вновь взятых на учет возрастает с 23,3 до 89,1%. За тот же период заболеваемость этой локализацией рака в расчете на 100 тыс. населения сократилась в 2 раза, в то время как запущенных случаев среди женщин, вновь взятых на учет, уменьшилось в 6 раз.

Цитологический метод исследования в профосмотрах позволил только за последнее 5 лет обнаружить рак шейки матки в самой начальной стадии более чем у 400 женщин. Все они излечены, больничность из них трудоспособна.

Во многом этому способствовало обеспечение всех лечебно-профилактических учреждений республики (от фельдшерских пунктов и смотрных кабинетов ЦРБ до жен-