

после чего возникло инфицирование, и больная 31/VII 1964 г. в тяжелом состоянии с температурой до 39° доставлена в отделение.

Диагностировано рубцовое сужение влагалища, пиокольпос, пиометра, пиосальпинкс, пельвеоперитонит. Ввиду угрозы развития общего перитонита произведено чревосечение (В. С. Гирфанов). В левой половине малого таза обнаружен воспалительный конгломерат с вовлечением в него кишечных петель. Выведены дренажи. Наступило выздоровление. Через 3 месяца пришла менструация, установилась по 4—5 дней через 3 недели, без болей. Во влагалище осталось значительное рубцовое сужение. 14/X 1966 г. больная вновь поступила в отделение для ликвидации рубцового сужения влагалища в связи с предстоящим замужеством. Произведено расширение влагалища бужами Гегара до № 16 и рассечение суженной части его вдоль правой стороны почти до шейки матки (Л. А. Козлов). В дальнейшем в область рубца инъецировали лидазу по 64 ед. с антибиотиками и производили расширение влагалища бужами до № 26. Прходимость влагалища восстановлена. Через месяц Х. выписана домой. Сразу же вышла замуж. Никаких отклонений в половой жизни не было. Наблюдение за пациенткой продолжается.

4. Ш., 24 лет, поступила в отделение 25/IX 1965 г. Незамужняя, менструации с 15 лет, по 4 дня, через 27 дней, без особенностей. 26/XI 1964 г. оступилась и упала на небольшой столб, при этом повредила вход во влагалище, девственную плеву, нижний отдел уретры и влагалища, область клитора. Несмотря на первичную обработку и наложение швов, заживление шло вторичным натяжением с образованием значительных рубцовых изменений. После этого менструации стали длительными. Моча идет тонкой струйкой.

Обнаружены рубцовые изменения в области преддверия влагалища. Наружного отверстия уретры нет. В центре рубца точечное отверстие, с трудом пропускающее тонкий хирургический зонд. При обследовании через прямую кишку каких-либо изменений в матке и придатках не выявлено.

Под местной анестезией произведено расширение отверстия (Л. А. Козлов) бужами Гегара до № 13. Выяснено, что отверстие ведет во влагалище, на передней стенке которого сразу же за рубцом открывается мочеиспускательный канал. Сделаны боковые разрезы и создано отверстие, свободно пропускающее во влагалище 2 пальца. Вставлены мазевые турунды. Мочеиспускание нормализовалось. Через 3 месяца вход во влагалище пропускал один палец, слева был плотный рубец, справа и сзади — небольшие участки рубцового уплотнения. Нарушения мочеиспускания нет. Назначен массаж, инъекции лидазы по 64 ед. в область рубца, горячие сидячие ванны. Удалось добиться полной ликвидации рубца. Осмотр еще раз через 7 месяцев. Жалоб нет, менструация проходит как и до травмы, нарушения мочеиспускания не отмечается, вход во влагалище пропускает свободно 2 пальца, не сужен, края мягкие. Пациентке указано, что теперь она может выйти замуж, но перед замужеством должна показаться гинекологу.

УДК 616—002.45

О ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В. А. Баскаков

12-я больница г. Казани (главрач — Т. М. Барышева)

Несмотря на то, что прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки известно врачам около 120 лет, диагностика его в ряде случаев трудна, и нередки диагностические ошибки.

С 1957 по 1967 г. в хирургическое отделение поступил 361 больной с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (мужчин — 352, женщин — 9). В возрасте до 20 лет было 37 больных, от 21 года до 40 лет — 258, от 41 года до 60 лет — 51 и старше — 15. Самому молодому было 14 лет, самому старому — 82 года.

В срок до 6 часов с момента прободения язвы в больницу доставлены 310 больных, от 6 до 12 часов — 30 и позже — 21.

145 (40,2%) больных доставлены в больницу с неуточненным или ошибочным диагнозом. У 34 больных (9,4%) на операции не подтвердился дооперационный диагноз хирурга.

У 320 больных (88,9%) была типичная картина прободной язвы (острое начало, резкие боли в животе, доскообразное напряжение брюшных мышц), у 28 — атипичная (постепенное усиление болей, локальное мышечное напряжение) и у 13 больных (3,6%) оказалась прикрытая прободная язва.

Длительность язвенного анамнеза до 3 месяцев была у 57 больных, от 3 до 12 месяцев — у 47, от года до 3 лет — у 93, от 3 до 10 лет — у 68, более 10 лет — у 25.

Таким образом, у большинства больных прободению язвы предшествовал короткий язвенный анамнез.

У 84 больных прободение язвы наступило в зимние месяцы, у 108 — весной, у 74 — летом, у 95 — осенью; у 114 больных (31,6%) — в первую половину суток, у 247 (68,4%) — во вторую.

У 137 (37,8%) больных перфорация произошла на фоне обострения язвенной болезни (за несколько дней до прободения отмечались ноющие боли в области желуд-

ка, недомогание, рвота. У большинства больных были выражены клинические симптомы: острая боль в животе — у 320 (88,9%) больных, иррадиация болей в ключицу и плечо — у 18 (5%), доскообразное напряжение мышц брюшной стенки — у 264 (73,1%), рвота — у 123 (34,1%), брадикардия — у 49 (13,6%), тахикардия — у 118 (32,6%). Печеночная тупость отсутствовала у 217 (60%) больных, свободный газ в брюшной полости обнаружен у 50 из 82 больных, которым проводилась рентгенокопия. У 34,1% наших больных была однократная и многократная рвота, а редкий «вагусный» пульс наблюдался лишь у 13,6%.

Язва в двенадцатиперстной кишке была у 188 (52%) больных, в пилорическом отделе желудка — у 149 (41%), на малой кривизне — у 19 (5,3%), на большой — у 2 (0,5%), в кардиальном отделе желудка — у 1 (0,3%), на желудочно-кишечном анастомозе — у 2 (0,5%).

Ранее мы оперировали больных под местной анестезией, а в последние годы — чаще под эндотрахеальным наркозом.

Резекция желудка сделана 51 больному, умер 1 (от ларингоспазма при даче наркоза). У 306 больных произведено ушивание прободного отверстия и тампонада сальником на ножке, у 4 — ушивание язвы с наложением гастроэнтероанастомоза.

При больших перфоративных отверстиях с инфильтрованными краями, когда наложенные швы легко прорезаются, мы пользуемся тампонадой прободного отверстия по методике, предложенной в 1946 г. П. Н. Поликарповым. Подобная операция выполнена у 151 больного. Мы убедились в ее надежности и эффективности.

После паллиативных операций умерло 11 (3,5%) больных, из них 8 старше 50 лет. 7 больных умерло от перитонита в связи с поздним поступлением, у них от момента перфорации до начала операции прошло более 12 часов, 2 — от перитонита на почве расхождения краев ушитой язвы, 1 — от пневмонии и 1 — от острой сердечной недостаточности.

Отдаленные исходы изучены нами у 162 больных в сроки от 1 года до 10 лет. Хорошие результаты паллиативных операций отмечены у 50 (30,8%) больных, удовлетворительные — у 61 (37,7%), плохие — у 51 (31,5%), из них повторно оперировано 26.

УДК 616.346.2—002—616—003.2

К ЛЕЧЕНИЮ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ¹

Б. И. Зак, Т. П. Тихонова и А. Ф. Попов

Кафедра госпитальной хирургии (и. о. зав. — доц. Ш. Х. Байбекова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 12-й городской больницы (главрач — Т. М. Барышева)

Аппендикулярный инфильтрат является нередким осложнением острого аппендицита.

Многие авторы [2, 5 и др.] считают, что аппендикулярный инфильтрат следует лечить консервативно. Они расценивают наличие его как единственное противопоказание к оперативному вмешательству. Комплекс консервативного лечения включает строгий постельный режим, щадящую диету, направленную антибиотикотерапию, физиотерапию и т. д.

В. И. Колесов рекомендует при положительном симптоме Щеткина — Блумберга назначать местно холод, а при отрицательном — тепло. По мнению З. К. Забегальской, наряду с другими консервативными мероприятиями следует на протяжении всего срока лечения применять холод для купирования воспалительного процесса в брюшной полости; при вяло рассасывающихся инфильтратах целесообразно переливание крови; тепловые процедуры в ряде случаев способствуют абсцедированию аппендикулярных инфильтратов. Е. П. Головина (1957) предлагает многократные орошения хлорэтилом кожи над инфильтратом, а в интервалах — применение пузыря со льдом. Б. А. Гаусман (1960) считает, что блеллотерапия ведет к быстрому рассасыванию аппендикулярных инфильтратов, сокращает процент абсцедирования и дает наименьший срок пребывания больных в стационаре; гирудин, выделяемый пиявками в область инфильтрата, растворяет свежие тромбы и уменьшает явления флебита и артериита. Хороший лечебный эффект, по данным многих авторов, оказывает паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому [1, 5, 6, 7, 10]. Одной из ее разновидностей является внутритазовая блокада, предложенная Л. Г. Школьниковым и В. П. Селивановым (1955) для лечения переломов костей таза. Блокаду новокаином в сочетании с пенициллином они применяли и при некоторых воспалительных процессах тазовой области, в частности при аппендикулярных инфильтратах.

¹ Доложено на заседании научного общества хирургов ТАССР 9/1 1969 г.