

в весе больной выписан с единственной жалобой на периодически возникающий жидкий стул (3 раза в сутки).

Спустя 4 месяца с момента операции, больной повторно осмотрен, общее состояние вполне удовлетворительное, жалоб не предъявляет, аппетит хороший.

Это наблюдение представляет известный интерес в том отношении, что если резекция желудка на высоте кровотечения при язвенной болезни не является редкостью, то резекция желудка по поводу профузного гастро-дуоденального кровотечения на почве поражения раком, из-за возраста больных и общего состояния, производится редко, вследствие большого операционного риска. Однако, как показывает наше наблюдение, когда у 65-летнего больного была произведена на высоте кровотечения тотальная гастрэктомия с благоприятным исходом, эта операция с внутриартериальным переливанием крови, использованием местной анестезии и щадящей техники в современных условиях допустима и оправдана.

Поступила 4 ноября 1958 г.

МНОЖЕСТВЕННЫЙ СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ЖЕЛУДКА¹

Н. М. Васильев и М. Ф. Богатырев

Спонтанные разрывы желудка весьма редки. До 1933 г. проф. С. М. Рубашов собрал всего 31 случай, включив в это число и 2 собственных наблюдения. К 1956 г. П. И. Логвиненко и Р. С. Поповьянц собрали еще 11 случаев, включив одно свое наблюдение.

Редкость и тяжелое течение спонтанных разрывов желудка послужили поводом к описанию нашего наблюдения.

Б-ная С-ко, 28 лет, поступила в хирургическое отделение 13/XI-56 г. в 17 ч. 30 мин через 1,5 часа после начала заболевания. Заболела остро: сразу появились резкая боль в животе и его вздутие.

Больная в течение многих лет страдает хронической язвой двенадцатиперстной кишки. В 1948 г. оперирована по поводу перфорации язвы двенадцатиперстной кишки (ушивание перфоративного отверстия). В дальнейшем часто отмечались боли в эпигастральной области, обильные рвоты после приема пищи, особенно за последнее время, стул с наклоном к запорам. В 1955 г. больная поступила в госпиталь по поводу кишечной непроходимости, которая, была ликвидирована консервативным методом.

При поступлении общее состояние крайне тяжелое. Больная очень беспокойна, кричит от болей в животе. Изменение положения тела не уменьшает острых болей. Кожные покровы и слизистые губ резко цианотичны. Дыхание учащено, затруднено. Пульс на периферических сосудах не прощупывается; артериальное давление не определяется. Тоны сердца резко приглушены. В легких всюду легочный звук, дыхание везикулярное. Живот резко вздут, имеет вид «барабана», кожа его растянута. Пальпация живота невозможна; перкуторно всюду высокий тимпанит. Отмечается выпадение всех слоев стенки прямой кишки и влагища. При пальцевом исследовании — ампула прямой кишки пуста, нависание слизистой передней ее стенки; исследовать больную через влагище не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный. Сознание ясное. Решено после проведения противошоковых мероприятий приступить к лапаротомии, на что получено согласие больной и мужа.

В 19 ч. 10 мин операция под эфирным наркозом. По вскрытии брюшной полости выделилось обильное количество зловонного газа, большое количество шоколадного цвета вонючей жидкости с примесью пищевых масс (картофель, лук). Насосом удалено до 1500 мл жидкости.

Кишечник в спавшемся состоянии с точечными кровоизлияниями, проходим на всем протяжении. Мезентериальные железы увеличены, плотные. Пристеночная брюшина темно-серого цвета, местами с точечными кровоизлияниями. Большой сальник покрыт грязно-серым налетом.

На передней поверхности желудка два разрыва серозы и мышечного слоя длиной 4—5 см каждый. На задней поверхности также имеется разрыв серозно-мышечных слоев длиной 3 см. На малой кривизне в области нижней ее трети имеется разрыв всех слоев стенки с пролабированием слизистой желудка длиной 6 см, через это отверстие в брюшную полость изливается желудочное содержимое. Разрывы желудка

¹ Доложено на госпитальной конференции врачей 26/XII-56 г.

послойно ушиты наглухо. Произведен туалет брюшной полости. Наложена стома на тонкую кишку по С. С. Юдину.

Несмотря на энергичное лечение, в 23 часа наступила смерть.

Патологоанатомический диагноз: Хроническая язва двенадцатиперстной кишки. Резко выраженный стеноз верхнего горизонтального отдела двенадцатиперстной кишки. Хронический перидуоденит. Гипертрофия стенок желудка, преимущественно пилорического отдела. Состояние после операции — лапаротомии по поводу ушивания спонтанных разрывов желудка. Начинающийся перитонит. Пневмоперитонеум.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атясов Н. И. Хирургия, 1953, 10. — 2. Вахидов В. Изв. АН Узб. ССР, 1953, 6. — 3. Завельчельский Д. Д. Хирургия, 1948, 8. — 4. Лазарев Т. М. Хирургия, 1951, 4. — 5. Логвиненко П. И. и Поповьянц Р. С. Вест. хир. им. Грекова, 1956, 5. — 6. Осипов А. Ф. Хирургия, 1955, 4. — 7. Рубашов С. М. Сов. хирургия, 1935, 4. — 8. Эпштейн С. Я. и Борель А. Я. Вест. хир. им. Грекова, 1955, 3.

Поступила 8 сентября 1958 г.

НАСИЛЬСТВЕННАЯ ЭВЕНТРАЦИЯ С ОТРЫВОМ ЧАСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ТОКСИКОИНФЕКЦИОННОМ ПСИХОЗЕ¹

Канд. мед. наук А. П. Калинин

Из 2-й кафедры хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко) и кафедры акушерства и гинекологии (зав.—проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

Известно, что в результате истощающих организм соматических заболеваний могут развиваться острые психотические состояния нередко с суицидальными попытками. Врачам необходимо следить за изменениями и колебаниями со стороны психики больных.

Наблюдавшаяся нами суицидальная попытка представляет интерес для хирургов и психиатров. Приводим выписку из истории болезни.

Б-ная Т-а, 23 лет, была доставлена в гинекологическую клинику Казанского ГИДУВа в 22 часа 27/XI-55 г. в тяжелом состоянии с картиной начинающегося острого разлитого перитонита на почве септического криминального аборта.

Температура — 39,9°, пульс — 120, дыхание частое, поверхностное, артериальное давление — 100/60.

Нв. — 50%, Э. — 2 590 000, индекс — 1, Л. — 22 000, ю. — 2%, п. — 14%, с. — 73%, л. — 8%, м. — 3%, РОЭ — 55 мм/час.

Через несколько часов после поступления в клинику, 28/XI — под местной анестезией — произведена нижняя срединная лапаротомия (А. З. Уразаев).

По вскрытии брюшной полости удалено около 1 л жидкого желтоватого гноя, выделявшегося из малого таза. Матка, придатки и червеобразный отросток представляли сплошной конгломерат, к которому припаяны петли тонкого кишечника и сальник. Брюшная полость осушена салфетками, орошена 500 000 МЕ пенициллина и послойно ушита с введением в нее двух узких марлевых тампонов. Дальнейшее лечение проводилось по общепринятым при разлитом перитоните мероприятиям (физиологический раствор, глюкоза, стрептомицин, пенициллин, сердечно-сосудистые средства, витамины и др.).

В первые 5 суток состояние больной оставалось крайне тяжелым; в крови нарастал сдвиг влево, появились миелоциты. На 6 сутки наступило улучшение. 6/XII удалены тампоны, а на 10 день сняты швы. Рана зажила первичным натяжением, за исключением места, где в брюшную полость вставлялись тампоны.

На 13 день после операции в 3 ч. 30 мин 11/XII больная неожиданно дала вспышку бредового психомоторного возбуждения, сорвала повязку с живота, встала и разорвала операционную рану, чем вызвала эвентрацию петель тонкого кишечника, часть которых, длиной 50 см, оторвала и бросила на пол. Кроме этого, надела на шею петлю из лоскута простыни и упала вниз лицом. Оторванный участок кишки представляет на большей части мышечно-слизистый футляр.

При осмотре обнаружено: края кожной раны разошлись на всем протяжении; на

¹ Доложено на заседании хирургического общества ТАССР в феврале 1956 г.