

И. Э. САНДУКОВСКИЙ

Прободение язвы желудка во время приступа аппендицита

Из хир. отд. Полтавск. 1-й совбольницы (зав. пр. Эйбер С. М.,
главврач Арутюнян С. С.)

Одновременное наличие аппендицита и язвы желудка либо 12-перстной кишки, основанное по мнению Грекова на спазме баугиниевой заслонки и привратника, встречается нередко во врачебной практике. Но развитие перфорации язвы желудка во время приступа острого аппендицита встречается, как указывает Альтгаузен, очень редко.

На нашем материале за 1936 и 1937 годы прошло 105 случаев острого аппендицита и 34 случая прободения язвы, совпадение же гнойного аппендицита и перфорации язвы желудка встретилось впервые, почему мы разрешаем себе описать наш случай.

Б-ной Г., 34 л., 14/III 38 г., в 9 часов вечера, поступил в терапевтическое отделение больницы с жалобами на сильные боли в правой части живота. Боли появились в 8 часов утра того же дня, они начались в правой подвздошной области, сопровождались тошнотой и повторной рвотой. Через 2 часа после появления болей б-ной вынужден был лечь в постель. Температура была повышена. Стула не было. Газы не отходили. В 7 часов вечера почувствовал резкую боль в подложечной области. „Как будто что-то прокололо меня насквозь“, заявляет больной. После этого стало дышать трудно, и больной был отправлен в больницу.

В анамнезе таких приступов болей никогда не было. Иногда после еды бывали изжоги. Инфекционными и вензаболеваниями не болел. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Б-ной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледнорозового цвета.

В сердце и в легких никаких изменений не обнаружено. Язык обложен, влажный, пульс 86 уд. в минуту. Температура 38°. Брюшное дыхание резко ослабело. Передняя брюшная стенка умеренно напряжена, справа больше, нежели слева. При постукивании пальцем по животу определяется резкая боль в правой подвздошной области. В остальных отделах болезненность менее интенсивна. Симптом Блюмберга положительный. Печеночная тупость менее отчетлива.

Начало заболевания, последовательность в появлении болей—начало в 8 часов утра в правой подвздошной области и внезапное, характерное для перфорации язвы, ухудшение к вечеру—заставило нас обратиться к консультации рентгенолога (в терапевтическом отделении поставлен был диагноз прободного аппендицита). На экране свободного газа в брюшной полости не оказалось. К этому времени больной жаловался на боли исключительно в правой подвздошной области.

Через 2 часа после поступления в больницу под общим эфирным наркозом произведена операция (Сандуковский). Разрез в правой подвздошной области. По вскрытии брюшины выделилось значительное количество мутного, светло-зеленого выпота. Отросток флегмонозно воспален, отечен, длиной 8 см, весь в спайках на укороченной инфильтрированной брыжейке. Из-за сильного напряжения отросток не отдален, как это мы обычно делаем, у своего основания. После лигирования культи с трудом инвагинирована. В виду того, что макроскопические изменения отростка вполне соответствовали острому аппендициту, мы, возможно, этим бы и закончили операцию, тем более, что врачи, участвовавшие в консилиуме и присутствовавшие на операции

указывали на правильность своего диагноза. Но мы, находясь под впечатлением слов б-ного, указывавшего на „прокол“ в подложечной области, решили произвести ревизию желудка.

По вскрытии брюшной полости было обнаружено прободное отверстие в препилорическом отделе желудка. Отверстие ушито, с последующей свободной пластикой сальником. Рана послойно зашита наглухо. При разрезе отростка из полости его вылилось мутное гнойное содержимое. Слизистая его отечна с множественными кровоизлияниями.

Послеоперационный период протекал гладко. На 10-й день сняты швы на обоих разрезах. Заживление ран с небольшим нагноением. На 16-й день больной выписан в хорошем состоянии для амбулаторного лечения.

Воспалительно - деструктивные изменения в отростке не оставляли никакого сомнения в том, что в данном случае имелся гнойный аппендицит в сочетании с прободной язвой желудка. За то, что острый приступ аппендицита предшествовал прободению язвы желудка, говорят анамнестические данные и изменения в отростке, которые могли развиться только за значительно более длительный срок. Прободение же язвы произошло за 2 часа до операции. Достаточно характерный анамнез, несмотря на неполноту клинической картины, дал нам возможность не пропустить прободную язву желудка.

Поступила 2. 1. 1939.

С. В. ПОЛИКАРПОВ

Лечение болезни Банга переливанием крови

По материалу Д. В. филиала ЦИПК

Болезнь Банга (бруцеллез), не имея широкого распространения, все же нередко встречается в ряде областей Советского Союза (Зап. Сибирь, Урал, Нижняя Волга и др.). Заболевание, давая рецидивы и протекая месяцами, а иногда годами, обрекает больных на длительную нетрудоспособность. Борьба с бруцеллезом крайне трудна. Все внимание, несомненно, должно быть обращено на профилактику заболевания, т. е. на ликвидацию эпизоотий, предохранительное вакцинирование скота и т. п.

При бруцеллезе применялись вакцинотерапия, серотерапия, протеинотерапия, аутогемотерапия и др. В последние годы применяется электраргол и *ing. Sredè* (1936, Заводской), буксирование по Сперанскому (Заводской, Ямпольский). Коновалова и Астраханов использовали в лечении бруцеллеза массивные дозы поливалентной бруцеллезной вакцины. Несмотря на то, что предложено много разнообразных методов лечения болезни, правильнее будет считать, что эффективных способов мы не имеем, а специфической терапии болезни Банга не существует. Все методы лечения дают лишь тот или иной эффект, повидимому, кратковременного характера, и не предупреждают возникновения рецидивов.

Принимая во внимание, что вопрос о терапии бруцеллеза представляет большой интерес, мы и считаем возможным сообщить результаты лечения болезни Банга переливанием крови в 4 наших случаях.

Ист. бол. № 1279. Больной Коростелев, радиотехник, 22 лет, поступил в инфекционное отделение Хабаровской больницы 23/VIII 1933 г. по поводу лихорадочного состояния неясной этиологии. Болен с 12/VIII 33 г. В течение 4 месяцев температура периодически поднимается до 39 — 40,0°. Плазмодии малярии в крови не найдены. Лечение хинином оказалось безрезультатным 17/XII 33 г. — реакция Райта 1/400. Диагностирована болезнь Банга. 19/XII 1933 г. трансфузия свежесцитратной крови 250 см³