

Всем нашим больным была выполнена пилоропластика путем иссечения передней полуокружности пилорического жома вместе со слизистой и серозной оболочками. Образовавшуюся рану желудка мы ушивали в поперечном направлении двухэтажными узловыми швами.

У 5 больных получен хороший результат. Боли за грудиной, изжога и срыгивания исчезли. Больные стали прибавлять в весе, явления анемии прошли. При рентгенологических исследованиях рефлюкс желудочного содержимого в пищевод не обнаруживался, спазм привратника не отмечено. Эвакуация из желудка ускорилась. Через 1,5—2 года рентгенологически признаков язвенного эзофагита не выявлено. Эзофагоскопия у 3 больных подтвердила результаты рентгенологического исследования (двое больных от эзофагоскопии отказались). Все эти больные вернулись к своей прежней профессии.

У 2 больных пилоропластика оказалась малоэффективной. У 1 больной во время пилоропластики кроме пилороспазма было установлено наличие умеренного дуоденостаза.

У больных с язвенным рефлюкс-эзофагитом при наличии нарушения эвакуации из желудка вследствие пилороспазма и дуоденостаза пилоропластика малоэффективна.

У другой больной пилоропластика тоже не принесла заметного улучшения. Лишь повторная операция, во время которой был диагностирован дуоденостаз и выполнена резекция дистального отдела желудка с наложением желудочно-кишечного V-образного анастомоза, привела к излечению.

УДК 616.34—007.43—031.611.26

### Т. З. Гуревич (Москва). Наблюдения над грыжами пищеводного отверстия диафрагмы

Мы изучили клиническую картину у 62 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, наблюдавшихся в поликлинике с 1952 по 1965 г. Мужчин было 35, женщин — 27. В возрасте от 51 года до 60 лет было 11 больных, от 61 до 70 лет — 29, от 71 до 80 лет — 15 и старше — 7. Клинический диагноз был установлен лишь у 2 больных.

Рентгенологические исследования позволили установить диагноз при 1-й рентгеноскопии у 24, при 2-й — у 20, при 3-й — у 12, при 4-й — у 5, при 5-й — у 1 больного. У 8 больных были фиксированные грыжи, у 52 — скользящие, у 2 — короткий пищевод. Ввиду разнообразия клинических симптомов больным ставились разнообразные диагнозы — хронический гастрит, язвенная болезнь, рак кардиального отдела желудка, стенокардия, инфаркт миокарда.

Клинические симптомы данного заболевания могут быть разделены на пищеводно-желудочные и сердечно-сосудистые.

На боли в верхней половине живота жаловались 39 больных, на боли в области сердца — 32, на затруднение при прохождении пищи по пищеводу — 16, на отрыжку — 20, на изжогу — 25, на срыгивание — 9, на рвоту — 9, на вздутие живота — 12, на запоры — 17 больных.

У большинства больных боли различной интенсивности возникали через некоторое время после еды, особенно в положении лежа, а также при физическом напряжении, больше при работе, связанной с наклоном туловища кпереди. У некоторых больных была сильная изжога, часто происходило затекание желудочного содержимого в полость рта без рвотных движений.

Затруднение при прохождении пищи по пищеводу мы наблюдали у 18 больных. Оно может повлечь за собой ошибочный диагноз рака пищевода или кардии.

Острое желудочное кровотечение как первичное проявление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы мы наблюдали у 9 больных, у некоторых из них кровотечение было повторным. У 1 больного кровотечения возникали 4 раза, в интервалах между ними он никаких жалоб не предъявлял. Все эти больные лечились консервативно.

У ряда больных грыжи пищеводного отверстия сочетались с другими заболеваниями брюшной полости (у 5 — с язвенной болезнью желудка, у 4 — с холециститом).

В части случаев грыжи пищеводного отверстия диафрагмы протекают бессимптомно. У 4 наших больных они были обнаружены случайно при рентгенологическом исследовании.

За период наблюдения умерло 5 больных: одна больная, 86 лет, — от рака кардиального отдела желудка, одна, 69 лет, — от повторного инсульта, трое, 64, 83 и 87 лет, — от недостаточности кровообращения.

Метод лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы до сих пор является предметом споров между сторонниками хирургической и консервативной терапии.

Основным показанием для оперативного вмешательства является возможность развития тяжелых осложнений: ущемления, кровотечения, анемии. Эзофагиты с рубцовыми изменениями, язвы в проляпированной части желудка являются нередко осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и подлежат операции в более ранние сроки, чем язвы желудка другой локализации.

Сторонники консервативного лечения призывают к проявлению сдержанности при решении вопроса о хирургическом вмешательстве у больных с грыжами пищеводного отверстия. В большинстве случаев правильный режим, диета и медикаментозное лечение дают вполне удовлетворительный эффект. Больным следует рекомендовать дробное питание мелкими порциями во избежание переполнения желудка и повышения внутрижелудочного давления, исключение сокогонных блюд и раздражающих лекарственных средств, а также пищи, от которой может быть вздутие живота (свежий хлеб, капуста, горох, газированная вода и пр.). Следует запретить отдых после еды в горизонтальном положении, целесообразно рекомендовать небольшие прогулки, ходьбу, что препятствует затеканию желудочного содержимого в пищевод и ускоряет естественную эвакуацию пищевых масс из желудка. Должны быть исключены все факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления, запрещается носить тугие корсеты и пояса, необходима борьба с запорами и метеоризмом. Из медикаментов рекомендуются щелочи, препараты серебра, висмута, антиспастические и антигистаминные препараты.

УДК 616—007.63—611.33

### Р. А. Малингер и А. Г. Галеев (Казань). Острое расширение желудка

П., 13 лет, доставлена из пионерского лагеря 4/VII 1965 г. в 17 час. Заболела остро 4/VII в 13 час., после того как след за обычным обедом съела еще 1,5 кг привезенной родителями виктории. Диагноз направления — острый гастрит.

Пульс 60, слабого наполнения. Сердце и легкие без патологических изменений. Живот мягкий, умеренно вздутый, болезненный в эпигастральной области. Промыть желудок не удалось. 5/VII боли усилились, была однократная рвота. Живот вздутый, болезненный. Через нос в желудок введен зонд, добыто 1,5 л жидкости.

6/VII появилась необильная, но частая рвота, особенно в положении на спине.

Рентгеноскопия брюшной полости. В области восходящего отдела толстого кишечника 2 горизонтальных уровня, газовый пузырь желудка маленький, серповидной формы, расположен высоко под левым куполом диафрагмы.

С предположительным диагнозом: механическая непроходимость, вызванная большим количеством непереваренной клетчатки, больная 6/VII в 13 час., т. е. через 2 суток после начала заболевания, оперирована (А. Г. Галеев) под местной анестезией.

Вся брюшная полость от диафрагмы до малого таза занята резко увеличенным желудком, другие органы брюшной полости в ране не видны. Через прокол желудка троакаром выпущено 5,5 л зеленоватого цвета жидкости с примесью зернышек ягод виктории. После опорожнения и введения в стенку желудка питуитрина желудок значительно сократился. Отверстие после удаления троакара зашили двухрядным швом. Рану брюшной стенки послойно зашили наглухо. В желудок через нос ввели постоянный зонд. В предоперационном периоде, во время операции и после нее девочке переливали плазму, 5% раствор глюкозы, физиологический раствор. Делали инъекции карбохолина, питуитрина, стрихнина. Внутривенно вводили гипертонический раствор NaCl.

Послеоперационное течение гладкое. Зонд из желудка удален на третьи сутки. 17/VIII девочка выписана в хорошем состоянии.

УДК 616—007.59—611.33

### А. А. Пономарев (Ейск). Острый заворот желудка

Многие авторы считают, что вследствие чрезвычайной редкости острого заворота желудка, недостаточного знакомства врачей с ним, а также большой вариативности его течения распознать это заболевание невозможно. Однако такое мнение ошибочно. Если знать и помнить о существовании данной патологии, ее можно диагностировать.

До настоящего времени в отечественной литературе описано около 50 наблюдений. Чтобы судить о редкости заворота желудка, можно сослаться на И. И. Грекова, который на 511 больных непроходимостью кишечника за 15 лет обнаружил всего два случая. О таком же количестве наблюдений сообщил А. Г. Исаханов, анализируя 1824 истории болезни больных острой кишечной непроходимостью. Только немногим авторам удалось поставить правильный предоперационный диагноз острого заворота желудка (Б. И. Белоусов, А. Р. Грушкин, Э. Э. Кениг, Я. А. Литвин, К. Я. Ляшко и Е. М. Измайлович, Я. Э. Шварц).

При этом заболевании очень высока летальность. Кохер сообщил, что из 17 оперированных больных с заворотом желудка умерли 13. По данным А. Р. Грушкина из 16 заболевших умерли 6.

Мы приводим случай правильно диагностированного до операции заворота желудка с хорошими ближайшими и отдаленными послеоперационными результатами. (Первый случай острого заворота желудка мы наблюдали в 1957 г. Диагноз до операции не был поставлен. Операция прошла успешно. Больной поправился.)

Л., 22 лет, поступил 5/IV 1963 г. в 13 час. 20 мин. с жалобами на острые боли в эпигастральной области и вздутие верхней части живота.