

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 вслед 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 вариабельности 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 непроходимость 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.

3/IV 1963 г. в 14 часов после приема очень большого количества пищи сразу же почувствовал схваткообразные боли в животе. Приступы боли вначале повторялись редко, а потом возникали каждые 20 минут. С 2 часов ночи 5/IV боли стали постоянными. В 5 часов утра больной был доставлен в участковую больницу. После введения наркотиков боли не стихли. Несколько раз была обильная рвота пищей. Ввиду неясности диагноза больной с предположительным диагнозом «перфоративная язва желудка» (он в течение ряда лет страдал язвенной болезнью) доставлен в Ейскую больницу.

Положение больного вынужденное — на левом боку с приведенными к живому ногами. Черты лица заострены, выражение страдальческое. Кожа и видимые слизистые бледны. Пульс 100, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот асимметричный. Верхняя часть его резко выступает из-под реберной дуги. Вздутие распространяется до пупка. Живот не участвует в акте дыхания, резко напряжен в верхнем отделе, болезнен. Нижняя часть живота не вздута, мягкая, безболезненная.

Диагноз: острый заворот желудка.

В 14 час. 5/IV 1963 г. операция Д. Г. Труфанова под местной анестезией. В рану предлежит резко раздутый желудок, прикрытый большим салынком. Стенка желудка истончена, сине-багрового цвета, с участками кровоизлияний. В салынке также значительные кровоизлияния. Непосредственно через салыник произведена пункция желудка троакаром, удалено около 3,5 л мутной жидкости. Отверстие в желудке ушито двухрядными шелковыми швами, после чего обнаружено, что желудок своей задней стенкой был обращен кпереди. Большая кривизна находилась под реберной дугой. В желудке другой патологии не найдено. Участок салыника с обширными кровоизлияниями резецирован. После туалета брюшной полости и введения в нее пенициллина она полностью зашита наглухо. Во время операции перелито внутривенно 500 мл протившоковой жидкости и произведены паранефральная и вагосимпатическая блокады.

Послеоперационный период протекал гладко, и 20/IV Л. выписан. Обследован в июле 1965 г. Считает себя практически здоровым.

УДК 616.33—002.44

Г. И. Малов (Чебоксары). Лечение больных молодого возраста после ушивания гастродуоденальных язв

За 14 лет (1950—1963) в двух хирургических отделениях Чебоксар оперирован 331 больной по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В возрасте до 30 лет было 166 больных (47,1%).

Перфорация «немых» язв обнаружена у 47 (28,4%) больных. Кратковременный (до 6 месяцев) язвенный анамнез был у 30 (18,1%) больных.

Длительность желудочного заболевания до перфорации в 1—3 мес. была у 17 (10,3%), от 3 до 6 месяцев — у 13 (7,8%), от 6 мес. до 1 года — у 16 (9,7%), от года до 2 лет — у 21 (12%), от 2 до 3 лет — у 16 (9,7%), от 3 до 5 лет — у 10 (6%), от 5 до 10 лет — у 14 (8,5%). У 12 больных (7,3%) она осталась невыясненной.

До 3 час. с момента перфорации в лечебные учреждения поступил 101 (60,8%), от 3 до 6 час. — 48 (28,9%), с 6 до 12 час. — 9 (5,4%), с 12 до 24 час. — 6 (3,6%), свыше суток — 2 (1,2%) больных. Оперативные вмешательства, как правило, производились своевременно. Только у 6 (3,6%) больных операции были сделаны после 12 часов и у 2 — после 24 часов. Причиной задержки оперативной помощи явилась поздняя госпитализация.

Ушивание перфорационного отверстия произведено у 147 (88,5%) больных. первичная резекция желудка — у 19 (11,4%). Небольшое число первичных резекций желудка — следствие излишней осторожности, а иногда и нерешительности некоторых дежурных хирургов, а также неподготовленности их к этому оперативному вмешательству.

Операции ушивания язв у 122 больных (73,5%) осуществлены под местной анестезией, у остальных — под эфирным или эфирно-кислородным наркозом.

Язва желудка была у 26 больных (15,6%), двенадцатиперстной кишки — у 68 (41%), пилорического и препилорического отдела — у 71 (42,6%). У 42 больных обнаружена перфорация каллезной язвы. Размеры язв колебались от 3 до 6—7 см.

В послеоперационном периоде у 8 больных была пневмония, у 2 — парез верхних конечностей, у 1 — абсцесс в малом тазу, у 1 — кишечный свищ, у 7 — разлитой гнойный перитонит.

Двое больных умерли после операции ушивания язвы и один — после первичной резекции желудка. Причиной смерти у всех был разлитой гнойный перитонит.

Отдаленные результаты ушивания язв изучены у 118 больных. Из них стационарно обследовано 56 чел., амбулаторно — 62.

С момента операции до момента обследования прошло менее года у 17 чел., от 1 до 3 лет — у 45, от 4 до 5 лет — у 24, от 5 до 10 лет — у 28, свыше 10 лет — у 4.

Отдаленные результаты зависят от срока, прошедшего с момента перфорации. С увеличением его количество больных с неудовлетворительными результатами воз-