

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 ногам. 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, водоего 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 послонно 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-

растает. Большинство оперированных чувствовало себя хорошо в первые 6—12 месяцев.

Желудочный сок в отдаленные сроки после ушивания обследован у 82 чел., кислотность оказалась повышенной у 51, нормальной у 12, пониженной у 19.

Рентгенологическое исследование произведено у 78 чел., у 29 обнаружена язва желудка или двенадцатиперстной кишки, у 19 — стеноз привратника, у 20 — деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Отдаленные результаты после операции ушивания оказались хорошими у 22 (18,6%) больных, удовлетворительными — у 29 (24,5%), плохими — у 67 (56,7%). После резекции желудка обследованы 8 из 19 оперированных. Хорошие результаты отмечены у 7, удовлетворительные — у 1.

У осмотренных больных были следующие осложнения: повторная перфорация язвы — у 5, желудочно-кишечное кровотечение — у 10, переход язвы в рак — у 1.

После ушивания гастро-дуоденальных язв повторно оперированы 48 чел. (28,9%), у 15 из них до прободения язвенного анамнеза не было, а у 17 при первой операции язва была каллезной. Эти цифры свидетельствуют о том, что и у больных с «немыми» и каллезными язвами после ушивания не наступает выздоровления, и они также нуждаются в повторной операции. Причинами повторных оперативных вмешательств послужили рецидивы язвы, повторное прободение, желудочно-кишечное кровотечение, переход язвы в рак и другие осложнения. Двое больных после ушивания оперированы дважды: сначала был наложен гастроэнтероанастомоз, а затем произведена дегастроэнтеростомия.

Таким образом, у 56,7% больных отдаленные результаты оказались плохими. Операция ушивания язвы у этой категории больных являлась вынужденной, и ее нужно рассматривать как первый этап лечения язвенной болезни. Мы полагаем, что при прободении язв у больных с длительным язвенным анамнезом, при каллезных язвах у молодых лиц следует шире прибегать к резекции желудка.

УДК 616—002.6—616.33—002.44—616—001.5

### **Н. В. Герасимов и В. Н. Кошелев (Саратов). Последовательная перфорация двух сифилитических язв желудка**

М., 28 лет, поступил 19/IX 1961 г. с жалобами на острые боли по всему животу. 15 часов назад, догоняя трамвай, почувствовал резкую боль в подложечной области. С трудом добрался домой. Ночь не спал из-за болей. Утром обратился к врачу и был доставлен в клинику.

Общее состояние больного тяжелое. Пульс 95, температура 38,5°. Язык сухой. Брюшная стенка напряжена, печеночная тупость отсутствует. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. При рентгеноскопии обнаружен воздух и жидкость под диафрагмой.

В течение 4 последних месяцев больного беспокоили периодические боли в подложечной области и несколько раз была рвота с кровью. При рентгенологическом исследовании за неделю до поступления в клинику установлена ниша в пилорическом стделе желудка. Одновременно выяснено, что больной с 1945 г. лечится по поводу сифилиса.

Диагноз: перфоративная язва желудка; перитонит.

На операции выявлена перфорация язвы, расположенной на передней стенке антрального отдела желудка; разлитой перитонит. Произведено ушивание перфоративного отверстия и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал удовлетворительно.

На 8-й день состояние больного вновь резко ухудшилось. Усилились боли в животе, обострились перитонеальные явления. При обзорной рентгеноскопии обнаружено большое количество свободного газа под диафрагмой. Во время релапаротомии на передней стенке желудка найдено и ушито перфоративное отверстие. Сюда же введен марлевый тампон, и брюшная полость дренирована в подвздошных областях.

У хирургов создалось полное убеждение о несостоятельности швов ранее ушитого перфоративного отверстия в желудке. Летальный исход последовал от разлитого перитонита на 5-е сутки после второй операции.

На секции подтвержден диагноз разлитого фибринозно-гнойного перитонита. На малой кривизне желудка имелось 5 язв. 2 из них ушиты во время вышеописанных операций. Три другие были округлой формы от 0,5 до 1 см в диаметре.

При гистологическом исследовании (проф. В. Н. Лобанов) в дне язв обнаружены глубокие воспалительные инфильтраты и очаги некроза в грануляционной ткани. Клеточный состав инфильтратов, эндо- и периваскулиты были характерными для язв сифилитической природы.

УДК 616.33—002.44—616—089

### **З. А. Зарипов (Зеленодольск). Отдаленные результаты хирургических вмешательств при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

Нами проанализированы результаты хирургических вмешательств при язвенной болезни за период с января 1962 г. по май 1964 г.

Из 49 поступивших в отделение больных 23 были направлены с диагнозом «прободная язва», у остальных диагнозы были неправильными.