

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.