

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-гнояного 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.

У 37 больных прободная язва локализовалась в желудке, у 12 — в двенадцатиперстной кишке.

Среди лиц в возрасте до 20 лет прободения язв отмечены у 3, до 30 лет — у 19, до 40 лет — у 22 и до 51 года — у 5.

Всем произведено ушивание язвы. Как правило, швы над сшитой язвой перитонизировались салынником на ножке.

Летальных случаев после ушивания не было.

Послеоперационные осложнения зафиксированы у 4 больных (у 1 стеноз привратника и у 3 — нагноение раны).

Отдаленные результаты в сроки от года до 3,5 лет прослежены у 35 больных. Состояние оказалось хорошим у 7, удовлетворительным — у 14, плохим — у 7; повторно оперированы 7 больных (по поводу рака желудка — 1, по поводу второй язвы — 1 и по поводу рецидива язвы и рубцовых стенозов — 5).

Отдаленные результаты ушивания прободных язв, за исключением юношеских и бессимптомных язв, малоутешительны. В связи с этим возникает необходимость поиска и применения новых лечебно-тактических приемов при прободных язвах.

53 больным были произведены резекции желудка. После этой операции возникла непроходимость анастомоза и кишечника у 2 больных, пневмония — у 1, желудочное кровотечение — у 1, острое расширение желудка — у 1, эвентрация — у 1, лигатурные свищи — у 2. Умерло 2 больных.

Отдаленные результаты после резекции желудка изучены у 36 оперированных. Состояние оказалось хорошим у 17, удовлетворительным у 15 и плохим у 4 оперированных. По нашим данным, результаты резекций не зависят от клинического течения язвенной болезни и длительности заболевания.

УДК 616.33—002.44—615.361

С. Г. Вайнштейн (Казань). Влияние ацетата дезоксикортикостерона на заживление язв желудка

Мы воспроизвели модель язвы желудка по способу Я. М. Романова на 4 собаках. Трех из них с 3-го дня после операции в течение 21 дня внутримышечно вводили ДОКА из расчета 1 мг/кг в сутки (инъекции делали через день в двойной дозировке), четвертая собака была контрольной. На 24—26-й день после операции собак забивали электрическим током, желудки подвергали морфологическому исследованию.

Выбор ДОКА как терапевтического средства при экспериментальной язве сделан нами ввиду отсутствия проверки такого метода лечения, хотя он уже применяется в клинике.

Проведенное нами сравнительное изучение интенсивности регенерации тканей желудочной стенки при введении ДОКА и без такового выявило ускорение процесса заживления под влиянием гормонотерапии. Полученные данные совпадают с клиническими наблюдениями Рої, отметившего ускоренное рубцевание желудочно-кишечных язв под влиянием ДОКА.

УДК 616.334—007.271—611.342—616—007.271

Н. А. Мифтахов (Казань). Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз у девочки 12 лет

Б., 12 лет, поступила 13/VI 1965 г. с диагнозом: хронический гастрит. 2/IX с диагнозом: стеноз привратника на почве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки переведена в хирургическое отделение.

С 7-летнего возраста девочка стала жаловаться на периодические боли в области желудка, которые усиливались после приема пищи. Неоднократно лечилась в районной больнице, но боли не уменьшались. С весны 1964 г. появились сильные боли в желудке, особенно усиливающиеся через 10—15 мин. после приема пищи. Девочка стала отмечать чувство тяжести в желудке, ночные боли, стала плохо спать, плохо и мало кушать из-за болей, начала худеть. С конца августа 1964 г. появилась рвота. После рвоты становилось лучше, немного уменьшались боли. Девочка стала периодически сама вызывать рвоту, особенно по вечерам. В течение 1964 г. 5 раз находилась на лечении в районной больнице (лечили от глистной инвазии, хронического гастрита), 13/XI 1964 г. была оперирована по поводу хронического аппендицита. После операции боли не уменьшились. Производилась рентгеноскопия желудка, но язва не была обнаружена.

Рентгеноскопия желудка 26/VI. Пищевод свободно проходит. Желудок формы удлиненного крючка, тонус его понижен. Нижний полюс желудка расположен у входа в малый таз и имеет форму чаши. Складки слизистой широкие, уплощенные, просматриваются с трудом из-за наличия жидкости, перистальтика вялая, но глубокая, заметна и антиперистальтика. Луковица двенадцатиперстной кишки заполняется частично, она деформирована, болезненна. Через 3 часа контрастной массы по ходу кишечника не отмечается. Через 24 часа в желудке больше половины принятого накануне контраста.

Видимая на глаз перистальтика желудка, шум плеска, рвота с примесью пищи.