

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 шитой 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, желудка 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 Роi, 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 газ 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.

Под интубационным эндотрахеальным наркозом произведена резекция желудка по Сапожкову. Желудок резко растянутый, в области привратника на задней его стенке каллезная язва с плотными инфильтрированными краями, явления перигастрита и перидуоденита. Язва проникает в головку поджелудочной железы.

Послеоперационный период протекал гладко. Боли совершенно прошли. Через 17 дней после операции девочка поправилась на 1600 г.

УДК 617.55—007.43

В. Я. Крупин (Алатырь). Грыжа Трейтца

В 1857 г. чешский анатом Трейтц впервые описал внутреннюю грыжу живота, назвав ее *hernia retroperitonealis*. Грыжа Трейтца встречается сравнительно редко, диагностика ее трудна.

Приводим наше наблюдение.

С., 41 года, поступил 6/X 1960 г. с диагнозом «новообразование брюшной полости». В течение года отмечает периодические кратковременные боли в животе, метеоризм, похудание. Месяц назад обнаружил опухоль в животе.

Жалуется на боли в левой эпигастральной области, тошноту. Температура нормальная. Со стороны сердца и легких патологии не отмечено. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. В области пупка, больше влево от средней линии, определяется смещаемое безболезненное опухолевидное образование эластической консистенции размером 25×20 см; перкуторный звук над опухолевидным образованием тимпанический.

7/X 1960 г. в связи с появлением симптомов острого живота больной взят на операционный стол с диагнозом: перекрутившаяся киста кишечника (?).

Под местной анестезией произведена средне-срединная лапаротомия. Весь тонкий кишечник находится внутри плотного белесоватого грыжевого мешка, расположенного больше слева от позвоночника. Воротами грыжевого мешка являются верхняя двенадцатиперстно-тощекишечная складка с нижней двенадцатиперстно-тощекишечной складкой.

Диагностирована грыжа Трейтца. Грыжевой мешок рассечен в бессосудистом месте. Петли тонкого кишечника вполне жизнеспособны, спаяны между собой и с грыжевым мешком. Путем тупой истрой препаровки петли тонкого кишечника освобождены от спаек и низведены через грыжевые ворота в свободную брюшную полость. Дефект задней брюшины ушит узловыми шелковыми швами, грыжевые ворота закрыты путем подшивания краев отверстия к начальному отделу тощей кишки. Операционная рана зашита наглухо.

Послеоперационное течение шло без осложнений. С. осмотрен через четыре года после операции. Здоров.

УДК 616—006.2—611.383—611.349

А. М. Дасаева и В. С. Добронецкий (Казань). Огромная киста брыжейки сигмы

Кисты брыжейки встречаются довольно редко, и в литературе имеются лишь отдельные описания этих опухолей.

Ш., 57 лет, поступила в гинекологическое отделение Республиканской клинической больницы 6/VII 1965 г. с диагнозом: эхинококк брюшной полости. 17 лет назад больная стала прощупывать опухоль в брюшной полости, которая постепенно увеличивалась. Опухоль не беспокоила, и больная к врачам не обращалась. Только в последние 6 месяцев появились слабость, плохой аппетит, запоры и чувство тяжести в животе.

Живот куполообразно выпячен, кожа на нем растянута. Окружность живота 106 см. Прощупывается опухоль шаровидной формы, занимающая почти всю брюшную полость, с верхней границей на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, гладкая, эластической консистенции, резко ограниченная в подвижности, безболезненная. Перкуторно над опухолью тупость, в отлогих частях живота — тимпанит. Печень и селезенка не пальпируются.

При бимануальном исследовании, кроме возрастных атрофических изменений половых органов, отклонений от нормы не установлено. Опухоль, пальпируемая через брюшную полость, через своды влагалища не достигается.

Диагноз: пролиферирующая псевдомуцинозная киста яичника. Сопутствующие заболевания: атеросклероз, кардиосклероз.

20/VII 1965 г. под местной инфильтрационной анестезией вскрыта брюшная стенка по белой линии. Опухоль тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, размером 35×20 см, продолговатой формы, исходит из брыжейки сигмы. На ней расположена сигмовидная и частично нисходящая кишка. После вскрытия листков брюшины опухоль вылущена острым и тупым путем, сосуды лигированы. Указанные выше отделы кишечника не изменены. Брыжейка сигмовидной кишки ушита узловатыми кетгутowymi швами.

Удаленная опухоль представляет собой кисту шаровидной формы, однокамерную,