

У., 14 лет, поступила 13/XI 1963 г. с жалобами на постоянную рвоту, сильные боли в животе, резкое похудание и слабость. Больна с раннего детства, с 4 лет боли стали носить приступообразный характер. Больная многократно лечилась. Временно наступало улучшение.

Больная обезвожена, истощена. В эпигастриальной области ближе к правому подреберью выступает опухолевидное образование тугоэластической консистенции. Опухоль неподвижна.

Был поставлен диагноз: опухоль брюшной полости.

20/XI 1963 г. под нитратрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. Обнаружена опухоль кистозного характера, исходящая из головки поджелудочной железы, величиной с головку новорожденного. Опухоль располагалась между задней стенкой дистального отдела желудка и начальной части двенадцатиперстной кишки, с одной стороны, и головкой поджелудочной железы, с другой. Верхняя граница опухоли достигала ворот печени, располагаясь между листками печеночно-двенадцатиперстной связки. Произведена экстирпация кисты, резекция дистальной трети желудка и частичная резекция головки поджелудочной железы.

Рана зажила первичным натяжением. На 13-й день после операции больная выпихана в хорошем состоянии.

Гистологический диагноз — истинная киста поджелудочной железы.

Спустя 1 год 5 месяцев после операции девочка чувствует себя хорошо. Жалоб не предъявляет.

УДК 616.33—002.44—616.33—005.1

### **С. С. Курбанаева (Казань). О тактике хирурга при кровоточащих гастро-дуоденальных язвах**

Из хирургических методов лечения при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, безусловно, предпочтения заслуживает резекция желудка. Но радикальная операция таит в себе определенный риск для жизни больного, если хирург не имеет достаточного опыта в технике резекции желудка, если больной находится в состоянии тяжелого коллапса, имеет преклонный возраст с серьезными сопутствующими заболеваниями. При таких обстоятельствах можно осуществить тампонаду свободным салником кровоточащей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Этот способ был предложен и применен в клинике В. М. Осиповским.

Мы не являемся сторонниками паллиативной операции при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки, в связи с чем у нас только небольшое количество больных оперировано с тампонадой салником. Однако, как указывалось выше, иногда это является единственным выходом для спасения больного.

Тампонада салником кровоточащей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки выполнена 15 больным, поступившим в клинику в крайне тяжелом состоянии, с низким процентом гемоглобина (от 15 до 30%), или больным пожилого возраста с тяжкими сопутствующими заболеваниями, или при трудно удалимых язвах желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне тяжелого коллапса.

Умерло 3 больных: один от раковой кахексии после тампонады кровоточащей опухоли желудка (но кровотечение у него было остановлено), один от продолжающегося кровотечения из второй, невыявленной, язвы желудка, один от перитонита в результате погрешностей в технике тампонады.

Тампонаду производят следующим образом: по вскрытии брюшной полости тщательно осматривают желудок и двенадцатиперстную кишку. Желудок вскрывают вблизи язвы, эвакуируют содержимое желудка. Прошивают слизисто-мышечный слой шелком № 5 над кровоточащей язвой, швы не завязывают, в кратер кровоточащей язвы укладывают заранее вырезанный кусочек большого салника, который и укрепляют проведенными ранее шелковыми швами. Чтобы салник не выскользнул или не подвергся действию желудочного сока, первый ряд швов погружают вторым рядом слизисто-мышечных швов. Надо избегать захвата швами серозы желудка, либо в результате прокола серозы может наступить перитонит, как это наблюдалось у одного нашего больного. Зашивают рассеченную стенку желудка двухрядными швами. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки техника тампонады такая же, но здесь для избежания последующего сужения просвета кишки ее зашивают в поперечном направлении.

УДК 616—001.33—616.34

### **Б. Н. Еремеев (пос. Явас Мордовской АССР). О так называемых «самопроизвольных» разрывах тонкого кишечника**

В механизме «самопроизвольных» разрывов кишки имеет значение одновременное неравномерное сокращение брюшной стенки, соответственно чему резко изменяется соотношение внутрибрюшного давления. В описываемом ниже наблюдении наступало эластическое перерастяжение части стенки кишки в грыжевом мешке.

Р., 45 лет, поступил 5/XII 1964 г. с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно в нижней половине. Температура 37,5°. 6 часов назад, копая яму, больной внезапно почувствовал острую боль в области пупка.

У., 14 лет, поступила 13/XI 1963 г. с жалобами на постоянную рвоту, сильные боли в животе, резкое похудание и слабость. Больна с раннего детства, с 4 лет боли стали носить приступообразный характер. Больная многократно лечилась. Временно наступало улучшение.

Больная обезвожена, истощена. В эпигастриальной области ближе к правому подреберью выступает опухолевидное образование тугоэластической консистенции. Опухоль неподвижна.

Был поставлен диагноз: опухоль брюшной полости.

20/XI 1963 г. под нитратрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. Обнаружена опухоль кистозного характера, исходящая из головки поджелудочной железы, величиной с головку новорожденного. Опухоль располагалась между задней стенкой дистального отдела желудка и начальной части двенадцатиперстной кишки, с одной стороны, и головкой поджелудочной железы, с другой. Верхняя граница опухоли достигала ворот печени, располагаясь между листками печеночно-двенадцатиперстной связки. Произведена экстирпация кисты, резекция дистальной трети желудка и частичная резекция головки поджелудочной железы.

Рана зажила первичным натяжением. На 13-й день после операции больная выпихана в хорошем состоянии.

Гистологический диагноз — истинная киста поджелудочной железы.

Спустя 1 год 5 месяцев после операции девочка чувствует себя хорошо. Жалоб не предъявляет.

УДК 616.33—002.44—616.33—005.1

### **С. С. Курбанаева (Казань). О тактике хирурга при кровоточащих гастро-дуоденальных язвах**

Из хирургических методов лечения при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, безусловно, предпочтения заслуживает резекция желудка. Но радикальная операция таит в себе определенный риск для жизни больного, если хирург не имеет достаточного опыта в технике резекции желудка, если больной находится в состоянии тяжелого коллапса, имеет преклонный возраст с серьезными сопутствующими заболеваниями. При таких обстоятельствах можно осуществить тампонаду свободным салником кровоточащей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Этот способ был предложен и применен в клинике В. М. Осиповским.

Мы не являемся сторонниками паллиативной операции при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки, в связи с чем у нас только небольшое количество больных оперировано с тампонадой салником. Однако, как указывалось выше, иногда это является единственным выходом для спасения больного.

Тампонада салником кровоточащей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки выполнена 15 больным, поступившим в клинику в крайне тяжелом состоянии, с низким процентом гемоглобина (от 15 до 30%), или больным пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, или при трудно удалимых язвах желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне тяжелого коллапса.

Умерло 3 больных: один от раковой кахексии после тампонады кровоточащей опухоли желудка (но кровотечение у него было остановлено), один от продолжающегося кровотечения из второй, невыявленной, язвы желудка, один от перитонита в результате погрешностей в технике тампонады.

Тампонаду производят следующим образом: по вскрытии брюшной полости тщательно осматривают желудок и двенадцатиперстную кишку. Желудок вскрывают вблизи язвы, эвакуируют содержимое желудка. Прошивают слизисто-мышечный слой шелком № 5 над кровоточащей язвой, швы не завязывают, в кратер кровоточащей язвы укладывают заранее вырезанный кусочек большого салника, который и укрепляют введенными ранее шелковыми швами. Чтобы салник не выскользнул или не подвергся действию желудочного сока, первый ряд швов погружают вторым рядом слизисто-мышечных швов. Надо избегать захвата швами серозы желудка, либо в результате прокола серозы может наступить перитонит, как это наблюдалось у одного нашего больного. Зашивают рассеченную стенку желудка двухрядными швами. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки техника тампонады такая же, но здесь для избежания последующего сужения просвета кишки ее зашивают в поперечном направлении.

УДК 616—001.33—616.34

### **Б. Н. Еремеев (пос. Явас Мордовской АССР). О так называемых «самопроизвольных» разрывах тонкого кишечника**

В механизме «самопроизвольных» разрывов кишки имеет значение одновременное неравномерное сокращение брюшной стенки, соответственно чему резко изменяется соотношение внутрибрюшного давления. В описываемом ниже наблюдении наступало эластическое перерастяжение части стенки кишки в грыжевом мешке.

Р., 45 лет, поступил 5/XII 1964 г. с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно в нижней половине. Температура 37,5°. 6 часов назад, копая яму, больной внезапно почувствовал острую боль в области пупка.