

могательных дыханий кислородом для создания высокой концентрации его в крови на период интубации. Интубация выполнена без затруднений трубкой № 9 с надвумной манжеткой. После интубации приступили к проведению ручного управляемого дыхания и насыщению организма основным наркотиком — эфиром и записью азота. В течение операции фракционно вводили миорелаксин. Операцию начали и вели в первой фазе хирургической стадии наркоза. Произвели чрезжелудочковую инструментальную митральную комиссуротомию. После расширения митрального отверстия приступили к внутривенному переливанию крови. По окончании операции восстановилось самостоятельное дыхание, больная пришла в сознание: открыла глаза, мимикой стала отвечать на вопросы. К вечеру больная почувствовала резкие боли в животе, грудной клетке.

В послеоперационном периоде несколько раз в сутки вводили анальгетик. На вторые сутки состояние больной резко ухудшилось, стал нарастать цианоз губ и кончиков пальцев, язык немного обложен белым налетом, сухой. Пульс 120—130, аритмичный, тоны сердца глухие, верхушечный толчок не определяется. АД 90/50. Дыхание жесткое, с бронхальным оттенком; сухие хрипы. Живот умеренно вздут. Высокий тимпанит в пупочной области, печень и селезенка не пальпируются. Видимой перистальтики не определяется. Дважды была рвота с выделением большого количества желудочного содержимого и желчи. Сифонная клизма не дала положительного эффекта и не облегчила состояние больной. Введен дуоденальный зонд, через который выделилось большое количество содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. На 3-и сутки больная умерла при явлении упадка сердечной деятельности.

На вскрытии обнаружена перфорированная язва передней стенки верхнего горизонтального отдела двенадцатиперстной кишки, разлитой перитонит.

По-видимому, в результате повышения давления газов в системе наркозного аппарата во время управляемого дыхания до интубации кислород попал в желудок, вызвав острое его расширение с последующим нарушением целостности — перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки.

Наличие безболевого, малосимптомного течения язвенной болезни, так называемой «немой язвы», перфорация ее в состоянии наркоза и усиленное введение анальгетиков в послеоперационном периоде не позволили определить острое заболевание брюшной полости при жизни больной.

УДК 616.34—005.1—616.37—002

Ф. И. Марголина и В. К. Ануфриева (Казань). Профузное кровотечение в результате аутолиза стенки двенадцатиперстной кишки

М., 65 лет, поступила 5/1 1967 г. с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки, в поясничной области, в левом подреберье, усиливающиеся при дыхании, движении, кашле, и на повышение температуры до 37,5—37,8°.

С 25/XI по 16/XII 1966 г. М. находилась на лечении в хирургическом отделении по поводу острого панкреатита. Содержание диастазы в моче последовательно было 256 и 1024 ед. К 16/XII 1966 г. рвота и болевой синдром исчезли, и больная по собственному желанию была выписана со строгим предписанием соблюдать соответствующую диету. Через 3 недели относительного благополучия у больной вновь появились рвота и боли в эпигастрии, и 5/1 1967 г. с диагнозом «пневмония» она была направлена в нашу клинику.

При поступлении температура 37,7°. В левой плевральной полости — экссудат до IV ребра. Тоны сердца глухие, пульс 80—90, мягкий, ритмичный, АД 100/60. Язык влажный, с белым налетом. Живот несколько вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации легкая болезненность в эпигастриальной области слева. Правое подреберье, зона Шоффара безболезненны. Умеренная болезненность в левом реберно-позвоночном углу. Печень и селезенка не пальпируются.

Гем. — 13 г%, Л. — 5900; п. — 17,5%, с. — 52,5%, м. — 7%, л. — 23%. РОЭ — 49 мм/час. Протромбин — 80%.

В моче следы белка, оксалаты. Диастаза мочи — 64 ед.

Рентгенокопия органов грудной клетки. Слева в нижнем отделе интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей по IV ребру. Органы средостения смещены вправо.

На ЭКГ — синусовая тахикардия. Левограмма. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

С 5/1 по 16/1 1967 г. состояние больной постепенно улучшалось: исчезли боли, уменьшилась одышка, снизилась температура (по вечерам 37,2—37,3°).

В ночь на 17/1 во время сна у больной внезапно появилось профузное желудочное кровотечение, которое удалось остановить применением обычной кровоостанавливающей терапии. После кровотечения состояние больной было тяжелым — резкая бледность, тахикардия, АД 90/60. Диастаза мочи — 128 ед. Лечение консервативное.

Утром 19/1 у М. вновь возникло массивное фонтанирующее желудочное кровотечение, которое не удалось остановить. Больная умерла при явлениях геморрагического коллапса.

Клинический диагноз: острый рецидивирующий панкреатит, осложненный левосторонним экссудативным плевритом, пневмонией и аутолизом желудка с профузным

желудочным кровотечением и острой постгеморрагической анемией. Системный атеросклероз. Кардиосклероз.

Патологоанатомический диагноз (прозектор Н. В. Лукашук): острый панкреатит с геморрагиями и жировыми некрозами поджелудочной железы; расплавление капсулы, головки и тела железы и стенки двенадцатиперстной кишки у пилорической складки с образованием острой язвы; геморрагическая анемия; левосторонний серозно-фибринозный плеврит; дистрофия миокарда, печени, почек; общий умеренно выраженный атеросклероз; камни желчного пузыря; правосторонний паротит.

Приведенное наблюдение показывает, что в случаях профузного желудочного кровотечения следует подумать и об осложненном аутолизом желудка или двенадцатиперстной кишки панкреатите как о возможной причине кровотечения.

УДК 616.34—007.44

И. И. Ключев и В. М. Сурин (Саранск). Ретроградная инвагинация тонкой кишки через желудочно-кишечное соустье в желудок

Тонкокишечная инвагинация в гастроэнтероанастомоз впервые была описана Гернером в 1917 г., а в отечественной литературе — Львовым в 1926 г. Предрасполагающими моментами к инвагинации служат широкое соустье гастроэнтероанастомоза (Г. С. Топровер), а также подшиванье брыжейки поперечно-ободочной кишки ниже соустья (А. И. Девакина, А. З. Маневич).

Для этой патологии характерно внезапное начало, сильные схваткообразные боли в верхней части живота, кровавая рвота в виде мясных помоев или цвета кофейной гущи, наличие эластичной опухоли в эпигастрии. В анамнезе — операция на желудке. При рентгенологическом исследовании желудка виден дефект наполнения (Г. С. Топровер).

Приводим наше наблюдение.

А., 46 лет, поступил в отделение 6/VIII 1961 г. из районной больницы с жалобами на постоянные боли в эпигастриальной области, обильную кровавую рвоту. В 1944 г. был оперирован по поводу прободной язвы желудка.

Живот несколько втянут, участвует в акте дыхания, напряжение брюшной стенки в эпигастриальной области.

В отделении усилилась кровавая рвота, АД снизилось до 90/60, пульс участился до 120.

Больной взят в операционную с предварительным диагнозом: язвенная болезнь желудка, острое желудочное кровотечение. После переливания 450 мл крови (внутриартериально и внутривенно) АД поднялось до 115/90. Под местным обезболиванием вскрыта брюшная полость. В ней до 300 мл геморрагической жидкости. Установлена ретроградная инвагинация отводящей петли тонкой кишки в желудок. Произведена дезинвагинация.

Послеоперационный период протекал без осложнений, и через 13 дней А. был выписан.

УДК 612.322—616—089.844

Г. А. Катаева и Д. В. Помосов (Ленинград). Секреторная функция трансплантата при гастроклопластике

В нашей клинике с 1955 г. при тотальных и субтотальных резекциях желудка производится гастроклопластика. Операция осуществляется интерпозицией сегмента поперечно-ободочной кишки длиной 20—25 см взамен удаленного желудка или его части (Казанский мед. ж., 1962, 2). Нас интересовало, изменяется ли функциональное состояние этого отрезка кишки в связи с необычным для него расположением в системе пищеварительной трубки.

Как известно, слизистая оболочка кишечника продуцирует ферменты различных видов. Ферменты, обладающие внеклеточным действием, являются пищеварительными и адаптивно изменяются при нарушении характера питания или условий пищеварения. При патологических состояниях выработка энтерокиназы меняется в различных направлениях и в наибольшей степени. Поэтому исследование данного фермента позволяет наиболее объективно судить о функциональном состоянии кишечника.

Содержимое трансплантата мы получали с помощью дуоденального зонда, введенного под контролем рентгена. Сок измеряли и затем гомогенизировали растиранием в ступке с кварцевым песком. В гомогенате определяли титруемую щелочность в мл Н/10 кислоты на 100 мл сока по индикатору Ташира, активность энтерокиназы — по Г. К. Шлыгину (1950), фосфатазы — по Л. С. Фоминой, С. Я. Михлину, Г. К. Шлыгину (1952).

Секреторно-ферментативная функция трансплантата поперечно-ободочной кишки наблюдалась 17 раз у 14 больных через 1/2 года — 7 лет после гастроклопластики. Несмотря на раздражение зондом с оливой, сок выделялся в небольших количествах, за 30 минут в среднем 10,6 мл (от 3,5 до 22 мл). Сок был резко слизистым, студенистым.

Титруемая щелочность сока толстой кишки оказалась довольно высокой, в среднем 16,5 мл. Однако на отдаленных сроках после операции она становится умереннее. Этот