

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 подшивание 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 N/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