

вывод подтверждают повторные исследования одних и тех же лиц в разные сроки после хирургического вмешательства. В отдаленные сроки после гастрокколопластики трансплантат поперечно-ободочной кишки продуцирует сок, проявляющий большую энтерокиназную активность. Это же можно сказать и о щелочной фосфатазе, хотя и с меньшей закономерностью. Максимальный уровень энтерокиназы — 148 ед. — был выявлен у больной С., 49 лет. «Вставка» отрезка толстой кишки у нее была произведена семь лет назад после гастрэктомии по поводу рака желудка. У нее же обнаружена и минимальная титруемая щелочность сока.

На основании проведенных исследований можно заключить, что свойства трансплантата толстой кишки, используемого для создания искусственного «желудка», со временем изменяются. Слизистая трансплантата, по-видимому, адаптируется к новым условиям, что проявляется в снижении титруемой щелочности, в нарастании активности энтерокиназы и фосфатазы.

УДК 616.34—007—272

А. А. Афиногентов (Казань). К казуистике кишечной непроходимости

Поводом для настоящего сообщения является наблюдение довольно редко встречающейся формы комбинированной острой кишечной непроходимости.

Б., 18 лет, поступил 29/III 1965 г. с жалобами на сильные схваткообразные боли преимущественно в правой половине живота, рвоту, общую слабость.

В сентябре 1964 г. больной находился в нашей больнице с аналогичными симптомами. Консервативное лечение дало хороший результат.

При поступлении состояние больного средней тяжести, лицо покрыто холодным липким потом, черты лица заострены, кожные покровы и видимые слизистые бледны. Положение больного вынужденное (на правом боку). Температура нормальная, пульс — 100, АД — 100/60. Живот умеренно вздут, напряжен, в акте дыхания участвует слабо, в илеоцекальной области резкая болезненность и симптом Щеткина — Блюмберга, перистальтика не определяется, газы не отходят, стула не было; расстройств мочеиспускания нет.

С диагнозом «острая кишечная непроходимость, перитонит» больной срочно оперирован под местной анестезией по А. В. Вишневному. Из брюшной полости выделено до литра кровавистого содержимого. Петли тонкого кишечника раздутые, отчетные, гиперемированные, застойные; некоторые спастически сокращены. В илеоцекальном углу, в брыжейке тонкого кишечника овальной формы отверстие 15×8 см. В отверстии ущемлены слепая кишка и петли тонких кишок, весь этот конгломерат завернулся вокруг своей оси на 360°. Ущемленный кишечник жизнеспособен. Аппендикс не изменен. Отверстие в брыжейке ушито с двух сторон узловыми шелковыми швами. Брюшная полость орошена горячим раствором фурацилина и дренирована резиновой трубкой. Рана ушита послойно до дренажа.

Послеоперационное течение гладкое, на 14-е сутки Б. был выписан. В настоящее время (через год) — здоров и вполне работоспособен.

УДК 616.34—007.44

А. Ф. Агеев (Казань). Самопроизвольное отторжение инвагината

Диагностика хронической инвагинации затруднена длительностью течения заболевания, отсутствием явлений острой кишечной непроходимости и перитонита. Иногда правильный диагноз ставится лишь после выпадения инвагината через анальное кольцо и еще реже — после самопроизвольного отторжения некротизировавшегося инвагината. Приводим наше наблюдение.

Ю., 56 лет, поступил 3/IV 1965 г. с диагнозом: рак желудка. 19/IV 1965 г. произведена тотальная гастрэктомия. В течение первых 9 дней состояние больного соответствовало тяжести произведенной операции. На 10-й день после гипертонической клизмы появился жидкий стул до 2—3 раз в сутки. С 12-го дня стул участился до 7—8 раз в сутки с выделением жидкости со зловонным запахом. Позывы на стул стали постоянными. Дача желудочного сока, фталазола, симтомидина, колимицина, парентеральное введение жидкостей и белковых препаратов эффекта не дали. Состояние больного стало тяжелым. На 7-й день после развившегося осложнения было замечено пролябливание из прямой кишки ослизненной темно-багровой некротической массы, которая сравнительно свободно была извлечена и оказалась фрагментом кишечника длиной около метра. В течение последующих двух недель понос продолжался, но без зловонных выделений. Постепенно стул становился оформленным. Больной выписан на амбулаторное лечение.

УДК 616.34—007.43—031:611.26

А. И. Марков и Ф. В. Панин (Чебоксары). Ложная диафрагмальная грыжа у ребенка

М., 11 месяцев, поступил 5/III 1965 г. в детскую больницу с диагнозом: пневмония, токсическая диспепсия. Заболел остро, появились боли в животе, тошнота, рвота, высокая температура, одышка, жидкий стул с прожилками крови. Состояние ребенка