

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. Б. Вишневному. Из брюшной полости выделено до литра кровавистого содержимого. Петли тонкого кишечника раздутые, отечные, гиперемизированные, 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, синтомицина, 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

прогрессивно ухудшалось. С диагнозом: инвагинация кишечника 8/III 1965 г. ребенок переведен в хирургическое отделение.

При поступлении состояние крайне тяжелое: кожа бледная, вид страдальческий, губы сухие, цианотичные, пульс 160, слабый; тоны сердца чистые, в легких единичные влажные хрипы. Язык обложен, сухой. Живот умеренно вздут, мягкий; разлитая болезненность, на уровне пупка нечетко пальпируется эластичная опухоль 8—10×4,5 см. Печень и селезенка не увеличены. В брюшной полости обнаружены газовые пузыри с уровнями жидкости. Была диагностирована инвагинация кишечника (острая непроходимость кишечника (?)). 8/III в 13 часов срочная операция под эфирно-кислородным масочным наркозом. В брюшной полости — в небольшом количестве серозный выпот без запаха. Петли тонкого кишечника на всем протяжении раздуты и гиперемированы. Слепая, восходящая и поперечно-ободочная кишки до средней трети резко раздуты, гиперемированы. Нисходящий отдел толстого кишечника в спавшемся состоянии. Обнаружено ущемление селезеночного угла толстого кишечника в щелевидном заднем дефекте диафрагмы (щель Богдалека) на протяжении 20 см. Выведенная ущемленная петля отечна, синюшна, жизнеспособна. Дефект в диафрагме ушит узловыми шелковыми лигатурами. Брюшная полость орошена раствором антибиотиков и ушита наглухо. В удовлетворительном состоянии ребенок переведен для дальнейшего лечения в детскую больницу. При осмотре через 1,5 года здоров.

Наше наблюдение представляет интерес в связи с тем, что данное заболевание редко встречается и трудно диагностируется.

УДК 616—003.6—611.33

Р. Т. Разумов (Ленинград). Инородное тело желудка

Мы наблюдали двух женщин с камнями желудка из гудрона (битума), являющегося продуктом переработки нефти и широко применяемого в дорожном строительстве. Это были любительницы жевать гудрон.

Приводим одно наблюдение.

К., 28 лет, поступила 18/III 1963 г. из участковой больницы с диагнозом: рак желудка. Жалуетесь на тушые боли в эпигастрии, снижение аппетита, слабость. Считает себя больной около месяца, ранее ничем не болела, 1,5 месяца назад родила здорового ребенка и кормит грудью.

Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, на верхушке короткий систолический шум. Пульс 84, ритмичный. АД 120/70. Язык обложен, влажный. Живот обычной формы, мягкий; при пальпации в эпигастрии определяется опухолевидное образование размером с гусиное яйцо, плотное, болезненное, подвижное, с неровным нижним краем. Печень и селезенка не увеличены. Стул без особенностей.

При взятии желудочного сока лаборантка заметила, что зонд вымазан в смоле, липучей и очень маркой. Больная рассказала, что в первую половину беременности (6 месяцев назад) ежедневно жевала и проглатывала гудрон. По ее словам, она за 4 месяца съела около килограмма гудрона.

При рентгеноскопии 21/III 1963 г. в желудке найдено инородное тело.

22/III 1963 г. произведена гастротомия под местной анестезией и удалены 2 комка гудрона (битума) размерами 12×7×6 и 10×6×3,5 см с примесью пищевых масс.

УДК 616—001—616.37—002

С. С. Курбанаева (Казань). Травматический панкреатит

Н., 15 лет, ученик 9-го класса, был доставлен 21/I 1960 г. в 11 часов с диагнозом «закрытая травма живота». При поступлении жаловался на боли в верхней половине живота, особенно справа, тошноту, затрудненное дыхание при изменении положения тела и иррадиацию болей в грудь. 20/I в 9 час. 30 мин. во время игры в баскетбол получил удар коленом в живот. Тотчас почувствовал сильную боль в эпигастральной области. Через несколько минут боль уменьшилась, но в школу Г. не смог пойти. К вечеру боли усилились и была трехкратная рвота.

Больной лежит на левом боку. При поворачивании на спину боли усиливаются и начинают отдавать в грудь. Температура 37,8, пульс 100, АД 110/65. Со стороны органов грудной клетки патологии не найдено. На животе следов травмы не обнаружено. Брюшная стенка в акте дыхания участвует ограниченно, резко напряжена в правом верхнем квадранте, где в области прямой мышцы — резкая болезненность. В остальных участках живот умеренно напряжен и мало болезнен. Симптом Щеткина не выражен, печеночная тупость сохранена, свободная жидкость не определяется. Симптом Тренделенбурга положительный.

В 14 часов АД 140/75, пульс 100. Больной продолжает лежать на левом боку. Отмечает уменьшение болей, но несмотря на это напряжение мышц живота распространялось на всю правую половину. Появился положительный симптом Щеткина. Решено оперировать больного в связи с подозрением на травму органов живота.

Под местной анестезией произведена верхнесрединная лапаротомия. Из брюшной полости вытекла грязная, темно-кровянистая жидкость без запаха. Большой сальник отечен, сморщен, гиперемирован. На нем имеются стеариновые бляшки. Значительное кровоизлияние и отек в корне брыжейки поперечно-ободочной кишки и в ма-