

В. П. Мокшин (Мордовская АССР). Перфоративная язва желудка у ребенка

У детей прободные язвы желудка встречаются крайне редко. Мы наблюдали перфорацию язвы желудка у ребенка 1,5 мес.

Больной поступил в детское отделение больницы 15/III 1970 г. с диагнозом: двусторонняя бронхопневмония, гипотрофия II степени. В течение 5 дней получал антибиотики, сердечные средства, гаммаглобулин, кислород. На фоне относительного благополучия 21/III 1970 г. состояние ребенка резко ухудшилось: он стал беспокойным, кричал, плохо брал грудь, температура поднялась до 38°, газы не отходили. Ножки поджаты к животу. Живот резко вздут, напряжен. На пальпацию живота ребенок реагирует криком. На брюшной стенке — выраженный венозный рисунок. Перистальтика не прослушивается.

Диагноз: острый перфоративный аппендицит (?); перитонит. Тотчас после осмотра под эфирно-кислородным наркозом срединным разрезом послойно вскрыта брюшная полость, при этом выделился газ. В брюшной полости обнаружено большое количество зеленоватого содержимого. Серозная оболочка петель кишечника в нескольких местах покрыта фиброзными пленками. Отросток вторично изменен. Обнаружена перфоративная язва желудка (0,3 × 0,3 см), расположенная на передней стенке по большой кривизне в средней трети. Перфоративное отверстие ушито двухрядным швом с подведением сальника. Брюшная полость осушена. В брюшную полость введены антибиотики и подведена резиновая трубка. Рана послойно ушита до трубки. После операции вводили антибиотики, витамины, растворы глюкозы, хлористого натрия, кровь матери внутривенно. Несмотря на принятые меры, ребенок умер через 28 часов после операции.

УДК 616.33—002.44—615.857.87:636.1

Л. Г. Баймбетов, А. Г. Шамаев (БашАССР). К вопросу о кумысолечении больных язвенной болезнью желудка

С 1967 г. в санатории Юматово проводятся наблюдения за эффективностью комплексного лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с применением кумыса. В литературе имеются указания о действии кумыса при язвенных болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки. В ряде случаев при язвенной болезни кумыс считали прогнотическим, тогда как лечебное воздействие кумыса на желудочно-кишечный тракт отмечено многими исследователями.

Целью нашей работы явилось изучение влияния кумыса в комплексе с другими лечебными средствами на больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях климато-кумысолечебного санатория «Юматово».

Для изучения моторной функции желудка мы применяли методику М. А. Собакина. Электрогастрографию (ЭГГ) проводили аппаратом ЭГС-3 после предварительного клинико-лабораторного и рентгеновского исследования больных. Записи проводили до и после лечения с калибровкой 0,2; 0,5; 1 мв через 30 мин. после пробного завтрака (150 г белого хлеба и стакан сладкого чая) в течение 30—40 мин. В процессе исследования вместо пробного завтрака больному давали полстакана кумыса и снимали ЭГГ через 30 мин. и 1 час.

При язвенной болезни чаще (в 74%) встречается гиперкинетический тип ЭГГ; одновременно можно встретить и нормо- и гипокинетический типы ЭГГ.

Мы провели наблюдения у 124 мужчин и 18 женщин, больных язвенной болезнью и лечившихся кумысом в санатории «Юматово». В возрасте от 20 до 39 лет было 82 больных, от 40 до 60 лет — 60; у 23 больных была язвенная болезнь желудка и у 119 — двенадцатиперстной кишки. Хронический гастрит с повышенной секреторной функцией желудка был у 32, хронический холецистит — у 12, хронический колит — у 6, неврастения — у 35 больных. Терапевтический комплекс включал климатолечение, бальнеолечение (хвойные или искусственные радоновые ванны), лечебную гимнастику, диетотерапию, парафиновые аппликации на подложечную область. Назначали также слабый кумыс 80—90° по Тернеру от 0,5 до 1 стакана за 1—1,5 часа до еды, в зависимости от секреторно-моторных нарушений.

Исследование желудочного содержимого проводили фракционным методом по М. К. Петровой и С. М. Рысу. При этом учитывали секреторную, кислотообразующую функцию желудка, лейкопедез и эвакуаторную деятельность желудка. Наряду с изучением секреции и кислотности определяли дебет-час HCl.

У большинства больных после лечения моторная функция желудка нормализовалась. Из 62 больных, исследованных тонким зондом, повышенная кислотность выявлена у 28, пониженная — у 19, в пределах нормы — у 15. По окончании лечения кислотность нормализовалась у 45 больных и осталась повышенной у 17.

До лечения у 16 больных в I фазе и у 6 во II фазе полностью отсутствовала HCl. После лечения HCl не удалось обнаружить у 1 больного в I фазе и у 4 во II фазе желудочной секреции и у 2 больных во II фазе секрета получить не удалось.

Приведенные данные показывают, что комплексное лечение ведет к нормализации НС1 желудочного содержимого. Повышенное содержание НС1 осталось только у 10 из 17 больных в I фазе и у 12 из 18 больных во II фазе желудочной секреции, у остальных по дебет-часу отмечается нормализация НС1 желудочного содержимого под влиянием комплексного лечения.

Судя по остатку каустного навара при фракционном исследовании желудочного содержимого, из 62 больных язвенной болезнью до лечения замедленная эвакуация была у 3, ускоренная — у 46, нормальная — у 13, после лечения эвакуация оказалась нормальной у 17, ускоренной — у 43 и замедленной — у 2. Лейкопедез в желудочном содержимом, по нашим данным, был резко повышен у 44 из 62 обследованных и умеренно повышен у 14; зависимости между величиной кислотности и лейкопедезом не отмечено. При повторном обследовании лейкопедез нормализовался у 31 больного, несколько снизился по сравнению с исходными цифрами у 23 и остался повышенным у 8. В результате комплексного лечения болевой синдром исчез полностью у 108 больных, уменьшился у 32 и остался без изменений у 2; диспепсические явления в виде отрыжки, изжоги прошли у всех больных, за исключением 2; у всех больных прекратилась тошнота, рвота, улучшилось общее состояние, исчезли головные боли, нормализовался аппетит, сон и стул. Болезненность при пальпации в подложечной области, в правом подреберье, налет на языке остались у 3 больных.

Все изложенное позволяет сделать заключение, что комплексное лечение в сочетании с кумысом дает хорошие результаты при язвенной болезни. Помимо улучшения общего состояния, аппетита и сна, нормализуется кислотообразующая и моторная функции желудка. Из общего числа больных со значительным улучшением выписано 17 чел. (12%), с улучшением — 123 (87,3%), без перемен — 2 (0,7%).

УДК 616.33—002.44

Х. К. Каримов, Б. К. Дружков (Казань). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная отрывом ее от желудка

Д., 34 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, кровотечение из язвы (?).

Жалобы на боли в эпигастрии, усиливающиеся через 1,5—2 часа после приема пищи и сопровождающиеся чувством тяжести и распирания. Состояние облегчалось после искусственно вызванной рвоты, к чему больной был вынужден прибегать почти регулярно в последний месяц. Болен с 1957 г. Многократно лечился стационарно и амбулаторно.

Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не найдено. Пульс 80, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. АД 125/85. Живот правильной формы, участвует в дыхании, мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень обычных размеров и консистенции. Селезенка и почки не пальпируются. Стул и диурез без отклонений от нормы.

Гем. 13 г%, Э. 3960 000, ц. п. 1,0; РОЭ 33 мм/час; Л. 8600. В кале положительная реакция Грегерсена на скрытую кровь.

3/XI 1970 г. (на 5-е сутки госпитализации) в 3 часа ночи при искусственном вызывании рвоты внезапно появилась сильная «кинжальная» боль в эпигастрии и в правом подреберье. Больной в вынужденном положении, с приведенными к животу ногами, бледен, покрыт холодным липким потом. Пульс 98, АД 110/70. Живот напряжен, резко болезнен, положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Печеночная тупость отсутствует. Диагноз: перфорация язвы двенадцатиперстной кишки.

Срочная операция. Под местной инфильтрационной анестезией произведена верхне-средняя лапаротомия (Х. К. Каримов). В брюшной полости под печенью обнаружено около 130—150 мг жидкости с примесью пищевых масс и желчи. Петли тонкого кишечника гиперемированы, несколько вздуты. Желудок больших размеров, переполнен жидкостью, которая изливается из его дистальных отделов. При осмотре этой зоны найден циркулярный разрыв всех слоев стенки двенадцатиперстной кишки на расстоянии 1—1,5 см от привратника. Лишь небольшая полоска (около 6 мм) мышечного слоя соединяла оторванные концы кишки. Слизистая оболочка выбухает в рану. Обнаружена циркулярная инфильтрация антрально-пилорического отдела желудка и стенки двенадцатиперстной кишки на протяжении 4—5 см дистальнее привратника, переходящая на головку поджелудочной железы и печеночно-двенадцатиперстную связку. Серозная оболочка этих отделов ярко гиперемирована, сосуды ее инъецированы. Инфильтрат плотный, без четких границ. Регионарные лимфоузлы увеличены, но обычной консистенции.

Заподозрена инфильтративная форма рака. Срочно вызван онколог (Б. К. Дружков). По макроскопическим признакам диагноз рака взят под сомнение. Тем не менее выполнена высокая резекция желудка с большим и малым сальником по Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера (Б. К. Дружков). Определенные трудности представило ушивание инфильтрированной стенки двенадцатиперстной кишки. Были наложены узловые кетгутовые швы через все слои стенки кишки с захватом капсулы поджелудочной железы и листа париетальной брюшины, прикрывающего