

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 салынком 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

верхнюю горизонтальную ветвь дуоденум. Линия швов укрыта остатками салыника. Наложен широкий межкишечный анастомоз по Брауну. Через контрапертуру в правом подреберье к культе двенадцатиперстной кишки подведены резиновый ирригатор и марлевая полоска. Брюшная стенка послойно ушита наглухо.

Антрально-пилорический отдел удаленного желудка инфильтрирован, стенозирован. Привратник пропускает лишь конец кровоостанавливающего зажима. Слизистая оболочка дистальных отделов отечна, со множеством сливающихся между собой эрозий, проникающих до подслизистого, а местами и мышечного слоев.

Гистологическое заключение: хроническая прогрессирующая язва.

Послеоперационный период осложнился желудочным кровотечением, которое было остановлено консервативными мерами.

На 5-й день после операции больному разрешено пить воду и бульон, принимать жидкую манную кашу. Ночью этого дня через трубку контрапертуры выделилось около 20—30 мл желтоватой жидкости (заподозрен дуоденальный свищ). Однако в последующие дни выделения из дренажной трубки уменьшились, а на 3-й день полностью прекратились. Удалена дренажная трубка. Заживление операционной раны первичным натяжением. Выписан на 20-й день после операции в хорошем состоянии (тем. 37,1 °C, Э. 4 500 000; РОЭ 30 мм/час).

В доступной нам литературе мы не нашли подобных сообщений.

Происшедший отрыв 12-перстной кишки от желудка, видимо, был вызван гидродинамически, резким сокращением диафрагмы при переполненном жидкостью желудке.

УДК 616.367—089

Док. Б. Л. Еляшевич, В. А. Аринин (Казань). Объем оперативного вмешательства при кисте общего желчного протока

Киста холедоха представляет собой редкую аномалию желчных протоков. Первым эту патологию описал в 1723 г. Фатер, а в отечественной литературе — в 1898 г. М. И. Ростовцев. Размеры кистозно расширенного холедоха могут быть значительными, с голову человека и больше. А. А. Оглоблин (1927) описывает кисту, содержащую 7 л желчи.

Крайняя редкость этого страдания и часто невыраженная симптоматика ведут к тому, что киста холедоха практически не диагностируется до операции, с трудом распознается на операционном столе и окончательно определяется только на секции.

Типичная клиническая картина складывается из следующих симптомов: наличие опухоли в правом верхнем отделе живота; механическая желтуха, носящая чаще интермиттирующий характер; боли в правой подвздошной области. По И. М. Тальману (1963) желтуха наблюдалась у 73% больных, боль у 65%, опухоль прощупывалась у 60%.

Большинство авторов считает операцией выбора наложение соустья между кистозным расширением общего желчного протока и двенадцатиперстной кишкой. И. М. Тальман (1963) считает обязательным удаление желчного пузыря, так как функция его будет нарушена из-за отсутствия сфинктера Одди. Успешное удаление кисты холедоха с последующим наложением анастомоза с тощей кишкой или желудком описали М. А. Каляева (1954), А. Л. Фенелонов (1957), Я. М. Литвак (1964).

Экстирпация больших врожденных кист холедоха в детском возрасте, на наш взгляд, сопряжена с риском для жизни. Забрюшинное расположение кисты, интимное сращение с двенадцатиперстной кишкой и головкой поджелудочной железы вызывают значительную травму для ребенка при удалении кисты. Атрезия сфинктера Одди создает технические трудности при ушивании дистального отдела холедоха.

Приводим наше наблюдение.

С., 3 лет, поступил 26/XII 1968 г. с жалобами на небольшие боли в эпигастрии. Мать ребенка отмечает, что около 3 месяцев в животе над пупком пальпируется опухоль больших размеров. За последнее время ребенок похудел, плохо ест и жалуется на боли в области опухоли.

Ребенок развит соответственно возрасту, упитанность понижена, бледен. Легкие и сердце без изменения. Живот увеличен в размерах, в эпигастриальной области видна округлая опухоль, приподнимающая переднюю брюшную стенку при глубоком вдохе. Весь эпигастриальный отдел занят округлым образованием 10 × 12 см, тугоэластической консистенции. Образование фиксировано. Верхний полюс его неотделим от печени. При пальпации ребенок почти не чувствует боли.

Заподозрена киста печени и проведено клиническое обследование. Анализ крови не выявил отклонений от нормы, реакция крови на билирубин по Ван-ден-Бергу прямая, положительная, количество билирубина в крови по Бокальчуку — 102,4% (в день анализа у ребенка появилась желтуха). Ретропневмоперитонеография определила забрюшинное расположение опухолевидного образования, теневые контуры которого неотделимы от печени. На основании данных клинико-рентгеногра-