

В сыворотке крови активность ЛДГ в 4 с лишним раза выше, чем в лимфе грудного протока.

При перитоните происходят изменения в активности ЛДГ в сыворотке крови и лимфе. В ранние сроки перитонита (3—12 часов) наибольшие изменения в активности ЛДГ наблюдаются в лимфе грудного протока. Через 12 часов после введения флогогенной смеси в лимфе происходит семикратное увеличение активности ЛДГ, а в сыворотке крови — лишь двукратное. Вероятно, что такое резкое увеличение активности ЛДГ в лимфе обусловлено, во-первых, поступлением фермента из экссудата, обладающего высокой активностью ЛДГ в результате гемолиза эритроцитов, повреждения тканей и органов брюшной полости, и, во-вторых, поступлением ЛДГ из печени, поскольку $\frac{2}{3}$ состава лимфы грудного протока обусловлено деятельностью печени. Максимум повышения активности ЛДГ в лимфе наблюдается через 24 часа от начала перитонита, а в сыворотке крови — лишь через 48 час. Через 48 час. от начала перитонита в лимфе грудного протока активность ЛДГ начинает снижаться. Обычно в конце 2-х суток перитонита у животных количество экссудата в брюшной полости резко уменьшается, что, вероятно, и обуславливает некоторое снижение активности ЛДГ в лимфе грудного протока. На 3-и сутки перитонита активность ЛДГ в сыворотке крови резко снижается и соответствует норме. На 4—5-е сутки перитонита не было обнаружено закономерных изменений в активности ЛДГ в сыворотке крови и лимфе грудного протока.

Полученные данные свидетельствуют, что ферментный состав лимфы в более ранние сроки отражает степень и глубину тканевого повреждения. Показатели активности ЛДГ в сыворотке крови при перитоните во многом определяются транспортной функцией лимфатической системы.

УДК 616.33—002.44—001.5

В. А. Баскаков (Казань). О повторных прободениях язв желудка, двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечного анастомоза

Повторные прободения язв желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются редко и составляют от 0,2 до 3,7% ушитых язв. Как казуистические случаи описаны многократные прободения. Так, 3-кратные прободения язв описали Д. Д. Чалых (1955), Р. М. Борушков (1961); 4-кратные — В. В. Жарова (1953); 5-кратные — В. И. Демчук (1963).

Некоторые авторы различают повторные и рецидивные перфорации. Н. Е. Дудко и А. Ф. Петров под повторными прободениями понимают перфорацию одной и той же язвы, а под рецидивными прободениями — каждый раз новой язвы. Большинство авторов отмечает, что повторные и рецидивные перфорации язв не отличаются по клинической картине от первичных прободений, а операцией выбора считают первичную резекцию желудка.

На 396 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки мы наблюдали повторные прободения у 5 (1,3%). Все больные — мужчины в возрасте от 21 до 38 лет. Длительность язвенного анамнеза до первичного прободения колебалась у них от года до 5 лет. Первичная перфорация у 3 больных локализовалась в двенадцатиперстной кишке, а у 2 — в пилорическом отделе желудка. У 3 больных сроки между первой и повторной перфорацией составляли от 9 месяцев до года, у 1 — 3 года и у 1 — 7 лет. После первой операции у 4 больных наступил рецидив язвенных симптомов в сроки от 3 месяцев до года, а у 1 не отмечалось светлого промежутка. Терапевтическое лечение в поликлинике и в стационаре давало лишь временное улучшение.

У всех 5 больных повторная перфорация наступила на месте ушитых ранее язв. У 4 больных с повторной перфорацией язв клиническая картина была типичной для прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки (острое начало, резкие, «кинжальные» боли в животе, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки). У 1 больного клиническая картина была атипичной и сходной с клиникой острого аппендицита (постепенное начало, первичная локализация болей в подложечной области с последующим перемещением их в правую половину живота). Печеночная тупость была сглаженной у 4 больных, а свободный газ в брюшной полости при обзорной рентгеноскопии обнаружен лишь у 3.

При оперативном вмешательстве у всех больных отмечены выраженные анатомические изменения в области прободных отверстий; язвы, как правило, были каллезными, имелись перигастриты, перидуодениты. 2 больным была произведена первичная резекция желудка, а 2 — ушивание перфоративного отверстия ввиду выраженного перитонита.

Отдаленные исходы изучены в сроки от 1 года до 10 лет. Хорошие результаты отмечены у 2 больных (у 1 после ушивания язвы и у 1 после резекции желудка). У 3 больных отдаленные результаты плохие, из них 2 подвергнуты повторной операции.

Таким образом, повторные прободения язв чаще наблюдаются в течение 1-го года после первой перфорации, выраженные анатомические изменения вокруг прободных

отверстий говорят о необходимости при наличии соответствующих условий произвести радикальную операцию.

Прободения пептических язв желудочно-кишечного анастомоза, согласно литературным данным, встречаются еще реже. Мы наблюдали их у 2 больных (0,5%).

1. П., 31 года, поступил 7/XI 1959 г. с диагнозом «спаечная кишечная непроходимость». За 2 часа до поступления в стационар у больного появились схваткообразные боли по всему животу, тошнота. 2 года назад больной перенес ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, а год назад — резекцию желудка по поводу повторной перфорации.

Состояние при поступлении тяжелое. Температура 36,9°. Пульс 80, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 130/80. Органы грудной клетки без патологии. Живот умеренно вздут, в акте дыхания участвует слабо, при пальпации резко напряжен и болезнен в нижней половине. Симптом Щеткина положительный.

Через 4 часа с момента поступления под эфирно-кислородным масочным наркозом больному произведена лапаротомия. В брюшной полости значительное количество мутного выпота, фибрин, гиперемия брюшины, сальника. В области желудочно-кишечного анастомоза — язва с перфоративным отверстием 0,5×0,6 см в центре и инфильтрированными краями. Ушить язву не удается из-за прорезания швов. Произведена тампонада прободного отверстия сальником на ножке. В обеих подвздошных областях сделаны контрапертуры. Выздоровление.

2. К., 33 лет, поступил 27/VI 1969 г. с диагнозом «перфорация пептической язвы желудочно-кишечного анастомоза». За 3 часа до поступления в стационар у больного появились острые, «кинжальные» боли в животе с иррадиацией в левую надключичную область. 12 лет назад больной перенес гастроэнтеростомию по поводу язвенной болезни желудка.

Состояние при поступлении тяжелое. Больной беспокоен, стонет от болей. Температура 36,1°. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот резко напряжен и болезнен в верхней половине. Симптом Щеткина положительный. Печеночная тупость сглажена.

Через час с момента поступления под местным обезболиванием больному произведена лапаротомия. В области приводящего отдела тощей кишки отступая на 3—4 см от желудочно-кишечного анастомоза найдено перфоративное отверстие 0,3×0,5 см. Других язв не обнаружено. Из-за наличия перитонита произведено лишь ушивание язвы с тампонадой сальником. Выздоровление.

УДК 616.33—002.44—615.7

Канд. мед. наук Л. В. Дановский (Казань). Применение метилурацила в комплексной терапии больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Мы наблюдали 48 больных (12 женщин и 36 мужчин) с обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. У всех больных были «ниши». Язва желудка была у 17 больных, язва двенадцатиперстной кишки — у 27, сочетание язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки — у 4.

Лечение больных проводили на фоне диеты № 1а и 1б (по Певзнеру) с включением в комплексную терапию метилурацила в дозе от 2,0 до 4,0 в сутки, в течение 3—5 недель. Болевой синдром и диспепсические расстройства исчезли в первые 3—7 дней лечения. Контрольное рентгеновское исследование после лечения проведено у 32 больных. «Ниша» полностью исчезла у 22 больных (у 13 с язвенной болезнью желудка и у 9 с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки), уменьшилась в размерах у 6, у 4 она сохранилась.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о хороших ближайших результатах лечения больных язвенной болезнью при включении в комплексную терапию стимулятора регенерации — метилурацила.

УДК 616.33—002.44—616—001.5—616—089

Проф. К. И. Мышкин, канд. мед. наук Н. Г. Сырников (Саратов). Ваготомия и пилоропластика при прободных гастродуоденальных язвах

В клинике факультетской хирургии Саратовского медицинского института ваготомия и пилоропластика при прободных гастродуоденальных язвах применяется с 1968 г. Мы относим эту операцию к радикальным вмешательствам при данной патологии. Особенно показанной считаем эту операцию у больных молодого возраста. К настоящему времени в клинике оперировано 26 больных. Все они были молодыми мужчинами. Только 1 больной был старше 30 лет. Все больные были оперированы до истечения 6 часов после прободения. Ни у одного больного не было выраженного перитонита.

Техника операции, производящейся в клинике, отличается от техники, описанной американскими авторами. В клинике при этих операциях применяют только эндотрахеальный наркоз с релаксантами. После интубации в желудок вводят зонд.

Производят верхнюю срединную лапаротомию. После ревизии органов брюшной полости и нахождения прободного отверстия на язву накладывают provisорные