

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 отступя 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 provisionalные