

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  $36,9^{\circ}$ . 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  $0,5 \times 0,6$  см в центре и инфицированными 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  $36,1^{\circ}$ . 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  $0,3 \times 0,5$  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

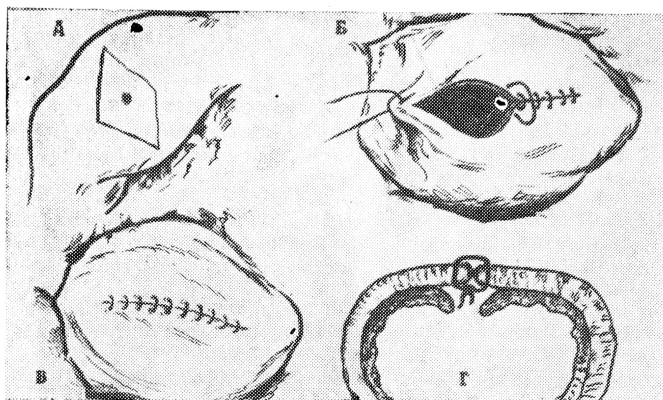
#### Проф. К. И. Мышкин, канд. мед. наук Н. Г. Сырников (Саратов). Ваготомия и пилоропластика при прободных гастродуоденальных язвах

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

шелковые швы, чтобы прекратить поступление желудочного содержимого в брюшную полость. Уже находящуюся в ней жидкость удаляют с помощью отсасывающего аппарата. После этого производят стандартную поддиафрагмальную трункулярную ваготомию. При этом левый блуждающий нерв пересекают ниже печеночной ветви, а правый — ниже чревной ветви. Перфоративное отверстие иссекают ромбовидно во всю ширину передней стенки двенадцатиперстной кишки (см. рис., А). Язвенный инфильтрат при этом иссекают полностью или частично. Обязательным условием



А — линия иссечения язвы; Б — наложение однорядного шва; В — вид после зашивания дефекта; Г — техника наложения однорядного шва на разрезе.

операции является иссечение части привратника. Кровотечение из линии разреза останавливают лигированием. При выполнении этого этапа операции производят непрерывное отсасывание желудочного содержимого и крови отсасывающим аппаратом. Затем на образовавшийся дефект накладывают один ряд узловых шелковых швов узелками внутрь (см. рис., Б, Г). По нашему мнению, применение однорядного шва не деформирует пилорический канал и не увеличивает количества осложнений. После этого брюшную полость окончательно высушивают и зашивают наглухо. Дренаж брюшной полости не производят. В необходимых случаях антибиотики вводят внутривенно до 40 млн. ед. в сутки.

В послеоперационном периоде постоянный назогастральный зонд не применяется. На операционном столе желудок отмывают. На 2-е сутки после операции также производят промывание желудка с профилактической целью. В дальнейшем тонус и перистальтика желудка восстанавливаются, ни у одного больного не отмечалось признаков задержки эвакуации из желудка. Пить больные начинали со 2-го дня, в дальнейшем диета расширялась, как у больных, перенесших резекцию желудка. На 3—4-й день больные начинали ходить. Швы мы снимаем на 9-е сутки. У всех больных раны зажили первичным натяжением. Каждый больной провел в клинике не больше 14 дней. Каких-либо осложнений в послеоперационном периоде мы не наблюдали. Летальных исходов не было.

Произведенная перед выпиской рентгенокопия желудка ни в одном случае патологии не выявила.

Ближайшие и отдаленные результаты вполне благоприятны, так как при одресе больных никто из них не предъявлял жалоб. Трудоспособность больных полностью восстановилась.

УДК 616—007.43—616—089

#### А. Н. Геллер (Куйбышев-обл.). О методах обработки грыжевого мешка при грыжесечении

В связи с появлением на страницах печати сообщения (Ю. А. Ратнер, 1970) о нецелесообразности удаления грыжевого мешка при больших рецидивирующих грыжах мы решили поделиться своими соображениями и опытом по этому вопросу.

Нами прооперированы без удаления грыжевого мешка 85 больных, отдаленные результаты изучены у 62 из них. У 61 больного (возраст — от 38 до 65 лет) такое вмешательство произведено по поводу больших пахово-мошоночных грыж (в том числе у 16 по поводу рецидивных). У всех этих больных грыжевой мешок был интимно спаян с элементами семенного канатика и окружающими мягкими тканями. Выделение такого грыжевого мешка было связано со значительной травматизацией тканей, что нередко приводит к образованию гематом, послеоперационных инфильтра-