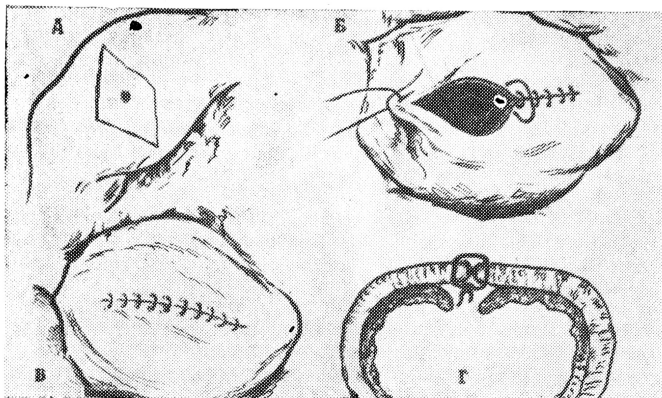


шелковые швы, чтобы прекратить поступление желудочного содержимого в брюшную полость. Уже находящуюся в ней жидкость удаляют с помощью отсасывающего аппарата. После этого производят стандартную поддиафрагмальную трункулярную ваготомию. При этом левый блуждающий нерв пересекают ниже печеночной ветви, 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-

тов, к нагноению, образованию лигатурных свищей. Эти осложнения могут способствовать возникновению рецидивов заболевания. К тому же затянущееся и травматичное оперативное вмешательство, особенно у лиц пожилого возраста, способствует развитию осложнений со стороны сердечной и дыхательной деятельности, возникновению тромбозов и флеботромбозов.

В подобных случаях мы поступали следующим образом. Вскрывали без выделения грыжевого мешка его переднюю стенку почти на всем протяжении. После вправления в брюшную полость содержимого выделяли шейку грыжевого мешка и на этом уровне пересекали. Шейку прошивали, перевязывали. Грыжевой мешок оставляли в ране нетронутым и неушитым. Если выделить шейку не удавалось, после рассечения грыжевого мешка накладывали на уровне шейки внутренний кисетный шов (так прооперированы 12 чел. из 61). Пластика пахового канала по Мартынову произведена у 27 больных, по Спасокукоцкому — Кимбаровскому — у 34. В послеоперационном периоде каких-либо осложнений мы не отмечаем. Отдаленные результаты изучены у 46 чел. Ни у одного больного не было обнаружено образования гидрофункулоцеле за счет остающегося грыжевого мешка. Все практически здоровы, рецидивов заболевания нет.

С послеоперационными вентральными грыжами прооперированы 24 больных (10 мужчин и 14 женщин в возрасте от 42 до 60 лет). Показанием к оставлению части грыжевого мешка у них служило расположение большей части последнего в стороне от грыжевых ворот и послеоперационного рубца. У этих больных иссекали только часть грыжевого мешка (его основание) непосредственно у мышечно-апоневротического дефекта, а остальную часть оставляли нетронутой. Послеоперационный период у больных протекал гладко. При изучении отдаленных результатов у 16 чел. осложнений и рецидивов заболевания не отмечено.

При паховых грыжах обязательным условием успешного оперативного вмешательства должно быть выделение шейки грыжевого мешка, ее перевязка или наложение внутреннего кисетного шва.

УДК 616.37—616—001.33

Р. А. Галкин, А. И. Кузнецов (Куйбышев-обл.). Изолированный разрыв поджелудочной железы

Изолированные закрытые повреждения поджелудочной железы в практике хирурга встречаются крайне редко. Обычно повреждению железы предшествуют травмы живота. Мы наблюдали разрыв поджелудочной железы у больной преклонного возраста, у которой характер травмы установить не удалось. Необычность этого наблюдения и трудность диагностики побудили нас к его публикации.

С., 77 лет, поступила 4/X 1970 г. в 13 час. 30 мин. с жалобами на резкие боли в правом подреберье и подложечной области, тошноту и частую рвоту желчью. Со слов больной, накануне вечером внезапно, без всякой видимой причины, появилась острая боль в правом подреберье и эпигастрии. Врачом скорой помощи на дому сделана инъекция атропина, после чего наступило временное улучшение. Ночь больная провела беспокойно, усилилась боль в животе, появилась рвота с примесью желчи. Повторно вызванным врачом скорой помощи больная доставлена в хирургическое отделение с диагнозом острого холецистита.

При осмотре в отделении состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноваты. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 150/85. Границы сердца не расширены, тоны глухие. Дыхание 20, сухие рассеянные хрипы. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, правильной формы, участвует в акте дыхания, умеренно болезнен в правом подреберье. Печеночная тупость сохранена. Симптомов раздражения брюшины нет. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера положительный. Моченспускание учащено, безболезненно. Температура 36,4°. Л.—12 000. Дежурный хирург диагностировал острый холецисто-панкреатит. Сразу же после госпитализации внутримышечно введены антибиотики и спазмолитические средства, внутривенно — физиологический раствор и 5% раствор глюкозы.

К утру следующего дня боль в животе локализовалась в правой подвздошной области; здесь же появилось выраженное напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щеткина. Однако сохранялась болезненность в правом подреберье и эпигастрии. Температура оставалась нормальной, Л.—12 900. РОЭ 44 мм/час. Диастаза в моче по Вольгемуту — 1024. Дежурным врачом поставлен диагноз острого аппендицита.

Под местной анестезией разрезом Волковича — Дьяконова послышно вскрыта брюшная полость, при этом в рану выделилась жидкая кровь. Разрез ушит. Дан интратрахеальный наркоз закисью азота с миорелаксантами и произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости содержится около 800 мл жидкой крови. Обнаружены обширная гематома в желудочно-ободочной связке и кровоподтек на передней стенке поперечно-ободочной кишки. Для более широкого доступа к поджелудочной железе рассечена желудочно-ободочная связка. В области тела поджелудочной