

Б-ной среднего роста, правильного телосложения. Питание удовлетворительное. Патологии со стороны внутренних органов, кроме пищевода, не определяется.

Рентгеноскопия: легкие и сердце — нормальные. Перед входом в желудок отмечается сужение с четкими контурами, над которым пищевод значительно расширен. В желудок проскользнуло небольшое количество контрастной взвеси при первом глотке.

Нв.— 95 ед. (15 г/о), Э.— 4 800 000, Л.— 6 800, РОЭ — 10 мм/час.

Моча нормальна.

После предварительной подготовки 11/VII-57 г. была сделана трансторакально-операция (проф. И. В. Домрачев) пластики пищевода по Б. В. Петровскому.

Двухсторонняя ваго-симпатическая блокада.

Под местной анестезией по Вишневскому в 8 межреберье слева произведена торакотомия. Вскрыта через диафрагму брюшная полость. Обнаружен стойкий стеноз кардиального отдела пищевода за счет широкого рубцово-спаечного процесса. Пищевод освобожден от спаек. Рассечена серозно-мышечная оболочка пищевода на 8—9 см. Выкроен треугольный лоскут диафрагмы с основанием, обращенным к позвоночнику, уложен на обнажившуюся слизистую и подшит шелковыми швами к разрезу мышечной оболочки пищевода.

Рана орошена пенициллином. На диафрагму наложены швы. Грудная полость зашита наглухо. Пункцией откачено 30 мл жидкости, воздух. Спиртовая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 21 день после операции в хорошем состоянии. Пройодимость пищевода восстановлена полностью.

В настоящее время больной чувствует себя хорошо. Жалоб не предъявляет. Работает, занимается физкультурой.

При тщательном повторном клиническом обследовании (в декабре 1957 г.) патологических изменений со стороны пищевода не обнаружено.

Небольшой срок (7 месяцев) и единичность наблюдения не позволяют сделать конкретных выводов об эффективности последнего метода, однако, можно предположить, что пластика пищевода лоскутом диафрагмы на ножке по Б. В. Петровскому является наиболее эффективным из существующих методов лечения кардиоспазма.

Поступила 8 февраля 1958 г.

К КАЗУИСТИКЕ РАЗРЫВОВ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ ПОПАДАНИИ В НЕЕ СЖАТОГО ВОЗДУХА

Асс. Х. М. Фареди

Из госпитальной хирургической клиники (зав.— проф. Н. В. Соколов)
Казанского медицинского института

Мы наблюдали трех больных с подкожным разрывом сигмовидной кишки в результате введения через анальное отверстие сжатого воздуха.

1. Б-ной С., 21 года, доставлен в клинику в 16 ч. 31/V-48 г. в тяжелом состоянии. Два часа тому назад товарищи в порядке шутки подвели на расстоянии около 20 см к его анальному отверстию шланг от баллона со сжатым воздухом. Сразу при этом у пострадавшего возникли резкая боль в животе и затруднение дыхания.

Бледность кожных покровов и слизистых и цианоз, более выраженный на нижних конечностях. Температура тела нормальная. Пульс — 135, слабого наполнения. Тоны сердца глухие. Дыхание поверхностное, ослаблено.

Живот вздут и напряжен, резко болезнен, симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Печеночная тупость не определяется. При перкуссии живота — тимпанит, в нижних отделах живота притупление перкуторного звука.

Л.— 10 400, п.— 32%, с.— 45%, л.— 19%, м.— 40%.

Диагноз: разрыв в нижнем отделе кишечника, сигмовидной кишки (?), начальные явления перитонита.

Экстренная лапаротомия под местной анестезией. При вскрытии из брюшной полости с шумом выделились газы и вылилось значительное количество кровянистой жидкости с каловым содержанием. Обнаружен разрыв в нижнем отделе сигмовидной кишки. Место разрыва ушито трехрядными швами (кетгут через все слои и 2 ряда шелковых швов). Брюшная полость осушена и орошена пенициллином (400 тыс. ед.). Назначены сульфаниламиды и антибиотики.

Послеоперационное течение гладкое.

Выписан 25/VI-48 г.

II. Б-ной Ш., 17 лет, доставлен в клинику в 18 часов 30/IX-49 г. в крайне тяжелом состоянии. Накануне ему, так же, как и первому больному, был введен сжатый воздух в кишечник через анальное отверстие.

Бледность кожных покровов и слизистых и цианоз, особенно выраженный на нижних конечностях. Пульс — 120, слабого наполнения, тоны сердца глухие. Живот вздут, брюшная стенка в акте дыхания не участвует, мышцы напряжены, брюшные рефлексы отсутствуют. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. В нижних отделах — притупление перкуторного звука. Задержка стула и газов, задержка мочеиспускания.

Диагноз — разрыв нижнего отдела кишечника, перитонит.

Экстренная лапаротомия (через 26 часов после травмы). По вскрытии из брюшной полости с шумом выделились газы и большое количество кровянистой жидкости со сгустками. Петли толстого и тонкого кишечника резко вздуты и гиперемированы. Обнаружены разрыв сигмы в дистальном отделе 3×4 см и мелкие субсерозные кровоизлияния по ходу толстого кишечника. Сигмовидная кишка пуста. Дефект ушит трехрядным швом. Брюшная полость осушена и орошена пенициллином (400 тыс. ед.).

Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан 14/X.

III. Б-ной И., 47 лет, доставлен в клинику в 7 ч. 26/XII-50 г. в крайне тяжелом состоянии. Резкие боли в животе, задержка стула и газов, затрудненное дыхание. Три часа тому назад в порядке „шутки“ ему так же, как и в предшествующих случаях, впустили сжатый воздух через анальное отверстие.

Бледность кожных покровов и слизистых с цианозом, особенно выраженным на нижних конечностях. Пульс — 130, слабого наполнения. Дыхание поверхностное. Живот вздут, асимметричен. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. Брюшные рефлексы не вызываются. Печеночная тупость не определяется.

Л. — 11 700, п. — 43%, с. — 37%, л. — 18%, м. — 2%.

Диагноз: разрыв нижнего отдела кишечника.

Экстренная лапаротомия. По вскрытии из брюшной полости с шумом выделились газы. Слепая, поперечно-ободочная кишка и тонкая кишка раздуты, разрыв (3×2 см) сигмовидной кишки. В окружности разрыва субсерозная гематома. Место разрыва ушито трехрядным швом. Брюшная полость осушена и орошена пенициллином (400 тыс. ед.).

Послеоперационное течение гладкое.

Больной выписан 15 января.

Все трое больных в настоящее время здоровы, работают, жалоб не предъявляют, были демонстрированы на заседании хирургического общества.

Поступила 8 сентября 1959 г.

ПРИМЕНЕНИЕ НАСТОЯ ПИЖМЫ (ДИКОЙ РЯБИНКИ) ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И. Х. Гарифуллин

Из 3-й городской клинической больницы г. Казани (научный руководитель — проф. И. В. Домрачев, главврач объединения — Д. Б. Дунаев)

Несмотря на давность изучения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в терапии этого весьма частого заболевания остается много неясного.

В литературе мы встретились с указаниями ряда авторов на успешное применение травы пижмы при лечении некоторых патологических процессов органов брюшной и тазовой области.

Применение пижмы с лечебной целью относится к 1788 году. В это время Н. Амбодик-Максимович писал, что пижму можно применять как противоглистное средство. И. Кашинский в 1817 году употреблял пижму как „желудочное средство“, при „ветренном колите“ и при „задержке месячных“.

И. А. Гусынин (1947) наблюдал токсическое действие пижмы: беспокойство, иногда сильное возбуждение, двигательные расстройства, сменяющиеся сильной подавленностью; нарушение зрения. Эти явления он объясняет действием эфирного масла, которое входит в состав пижмы.

Г. И. Мирецкая (1949) нашла, что пижма не дает никаких побочных явлений, обладает сокогонным действием и ускоряет эвакуацию желудочного содержимого.