

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 трамвы). 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 продемонстрированы 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.

И. Я. Гуревич (1953), ссылаясь на работу Левчука и Гринцевича, указывает, что в народной медицине пижму употребляют для лечения язвы желудка. Этот автор проверял токсичность пижмы на белых мышках, введением подкожно 0,1—1,25 мл 10% водного экстракта. При даче через рот крысам в течение 10 дней 2—10,0 пижмы на кг веса токсического действия обнаружено не было. По его данным, пижма обладает выраженным спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру кишечника и кровеносных сосудов, причем лучший эффект оказывает экстракт, приготовленный на 70% спирте. Он обладает так же некоторым бактерицидным и бактериостатическим действием.

Прежде чем приступить к лечению язвенных больных, необходимо было установить токсическую дозу пижмы. Для этого нами были поставлены опыты на животных, на кафедре фармакологии (руководитель — М. А. Алуф) Казанского медицинского института.

Пижма собиралась в июле—августе, в период наибольшего цветения и сушилась под навесом. Для настоя применялись высушенные корзинки со стеблем в 2—3 см.

Брали 5—10,0 корзинок пижмы со стеблем 2—3 см и заливали в отдельные инфундирки водою 90—95°. Инфундирки завертывали в одеяло и оставляли на 5—6 часов, а затем жидкость фильтровали через марлю и вату в мерные стаканы. Количество 5% настоя равнялось 70 мл, а 10% — 50 мл. Объем жидкости в обоих случаях доводили до 100 мл.

Приготовленный таким образом настой пижмы вводили подкожно и внутривенно мышам.

Ориентировочно было установлено, что при быстром внутривенном введении 10% настоя пижмы максимально смертельная доза равна 0,5 мл, максимально переносимая доза — 0,3 мл.

Настой пижмы для лечения неосложненных язвенных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки мы начали применять с осени 1955 г. Лечение производили амбулаторно. Больные приходили на консультацию в конце недели, в конце месяца и в конце второго месяца. Назначался 5% настой пижмы по 70,0—3 раза в день или по 105,0—2 раза в день. Настой пижмы принимался перед едой в течение 1—2 месяцев.

Всего нами обследован до и после лечения 21 больной (с язвой желудка — 3, с язвой двенадцатиперстной кишки — 18).

Возраст больных	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
С 20 до 30 лет	1	5
С 31 до 40 лет	—	6
С 41 до 50 лет	1	5
С 51 и выше	1	2
Длительность заболевания		
До 5 лет	1	10
С 6 до 10 лет	1	4
С 11 до 15 лет	1	4

Больные жаловались на боли в области желудка, плохой аппетит, отрыжку, иногда изжогу, рвоту, нерегулярный стул, похудание.

Отмечались напряжение брюшных мышц и болезненность в эпигастриальной области, положительный симптом сотрясения справа.

Рентгенологически у всех установлена ниша.

Общая кислотность желудочного сока была повышена в 16 случаях, понижена в двух, в пределах нормы — в трех случаях.

У некоторых больных с начала приема пижмы до 5 дня отмечалось чувство сжатия или давления в эпигастриальной области.

К концу месяца общее самочувствие больных постепенно улучшалось. (Если они пили до этого чайную соду, то в этом необходимость отпадала). Стул нормализовался, больные прибавляли в весе.

В конце второго месяца лечения у 2-х больных с язвой желудка и у 9 с язвой двенадцатиперстной кишки боли в области желудка исчезли, симптом сотрясения стал отрицательным.

Рентгеновское исследование показало, что у 6 больных язвенная поверхность зарубцевалась.

У 15 больных при рентгеноскопии найдено уменьшение язвенной поверхности.

У 13 больных повышенная кислотность еще более повысилась, у двух ахилия сменилась пониженной кислотностью, у двух осталась без изменения, а у 4 больных высокая кислотность снизилась до нормы и ниже.

Широкое распространение пижмы по Советскому Союзу (Ворошилов и Гуревич) и лечебное действие ее при различных заболеваниях желудка, кишечника побуждают изучать и дальше это растение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбодик-Максимович Н. Врачебное веществословие, или описание целительных растений, в пищу и лекарства употребляемых. СПб, 1788.— 2. Гудошников В. С. Фитонцидные свойства пижмы. Автореф. докл. XI студ. научн. конф. Томск. мед. ин-та, 1952.— 3. Гуревич И. Я. Получение галеновых препаратов из цветов пижмы и их фармакологическое исследование. Канд. дисс., Л., 1953.— 4. Гусятин И. А. Токсикология ядовитых растений. М., 1947.— 5. Кашинский И. Русский лечебный травник. СПб, 1817.— 6. Мирецкая Г. И. В кн.: Новые лекарственные растения Сибири, Томск, 1949.

Поступила 16 июня 1958 г.

О ЯЗЫЧНОМ ЗОБЕ

Доц. И. Л. Ротков

Из кафедры общей хирургии (зав.— проф. А. И. Кожевников)
Горьковского медицинского института

Зоб основания языка, или язычный зоб, наблюдается редко. А. Н. Безрученко (1952 г.) упоминает об описанных в мировой литературе 112 наблюдениях. Отечественные авторы к 1957 году имели 18 наблюдений язычного зоба (А. И. Гнатышак). Редкость подобных локализаций зоба часто вызывает неточность дооперационного диагноза. Методика и объем операционного вмешательства при этом разнообразны, так как каждый автор шел своим путем, ориентируясь больше на свой опыт и технику. М. П. Горбунова (1951 г.) удалила зоб корня языка путем рассечения правой щеки. Доступ был ограничен, вследствие чего пришлось экстрагировать второй большой моляр и перепилить горизонтальную ветвь нижней челюсти. А. Н. Безрученко (1952 г.) удалил язычный зоб через щито-подъязычную мембрану. Подъязычная кость была смещена кверху. Без вскрытия глотки было сделано вылушение. А. И. Гнатышак применил подковообразный разрез в подчелюстной области. Удалены обе слюнные подчелюстные железы, для увеличения доступа надрезана боковая стенка глотки с частью языко-глоточной дуги. Большинство авторов при небольших размерах язычного зоба удаляло его частично или полностью через рот.

В нашем случае применен более широкий доступ с распилом нижней челюсти по средней линии.

Б-ная Р., 24 лет, поступила в клинику с жалобами на затрудненное дыхание и гнусавый голос. Считает себя больной около двух лет. Появились затруднение в разговоре („язык стал какой-то неповоротливый“) и затруднение дыхания. Обратилась к врачу; диагностирован парез нёбной занавески, по поводу чего предпринято физиотерапевтическое лечение. Состояние больной постепенно ухудшалось, речь стала невнятной, неразборчивой, дыхание затруднено, при еде пища нередко попадала в нос.

При очередном осмотре отоларингологом обнаружена „киста корня языка“, и больная направлена для оперативного лечения.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное, пульс — 68, ритмичен, тоны сердца чистые. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы.