

ному клиническому, лабораторному и рентгенологическому исследованию. Анализ желудочного сока с применением гистаминового теста выявил у 62 чел. повышение секреции и кислотности, у 6 — нормацидное состояние, у 12 — гипацидное.

У 37 больных было легкое течение заболевания, у 21 — среднетяжелое и у 22 — тяжелое (из них у 9 были осложнения предперфоративным состоянием и у 5 — гастродуоденальным кровотечением). Всех больных мы обследовали в периоде обострения и в стадии ремиссии заболевания.

РПГА поставлена у 70 больных. Положительные результаты реакции выпали у 23 больных (см. табл.), контролем служила группа доноров в 15 чел. с отрицательной РПГА.

Результаты реакции Бойдена

	Антиген						
	желудка			двенадцатиперстной кишки			желчного пузыря
Титры	1:20	1:40	1:80	1:20	1:40	1:80	1:10
Число больных	8	3	12	7	3	12	4

У 4 больных РПГА параллельно оказалась положительной к антигенам из слизистой желчного пузыря; титр реакции не превышал 1:10. С антигенами из печени и сердца РПГА была отрицательной. Обнаруженные антитела обладают органоспецифичностью.

Реакция лизиса лейкоцитов поставлена у 80 больных, из них у 32 она была положительной: свыше 10—12% — у 21 больного и свыше 15—20% — у 11. При сопоставлении результатов реакции Бойдена и реакции лизиса лейкоцитов выявлена корреляция между ними.

При анализе клинического течения заболевания оказалось, что у больных с положительными аутоиммунными процессами давность заболевания превышала 5 лет; в этой группе преобладали больные с упорным течением, стойким болевым синдромом, с частыми рецидивами заболевания. К этой группе относились 8 больных с предперфоративным состоянием и 4 с гастродуоденальным кровотечением. Лечение было комплексным с включением средств неспецифической гипосенсибилизирующей терапии (димедрол, супрастин, пипольфен). В периоде ремиссии заболевания титр антител у 10 больных снизился с 1:80 до 1:10—1:5; у 13 в периоде ремиссии антитела не выявлены, одновременно у них наблюдалось снижение процента лизиса лейкоцитов. Наши данные свидетельствуют о диагностическом значении РПГА и реакции лизиса лейкоцитов. Эти методы достаточно специфичны и могут быть использованы для выявления измененной реактивности организма.

УДК 616.33—002.44:616—073.75

Ф. Г. Бабушкин (Ижевск). К диагностике прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Произведен анализ результатов клинко-рентгенологического исследования 115 больных, поступивших в хирургическое отделение с подозрением на прободную язву желудка или двенадцатиперстной кишки. Из них 50 были в экстренном порядке оперированы. Контрастная рентгеноскопия желудка выявила полное отсутствие эвакуации бария и атонию желудка; при обзорной рентгенокопии констатировано исчезновение газового пузыря под диафрагмой. На операции у 33 больных обнаружена прободная язва желудка, у 17 — двенадцатиперстной кишки. У 65 больных контрастная рентгенокопия помогла опровергнуть предположение о прободении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, так как было установлено, что эвакуаторно-моторная функция желудка сохранена. В дальнейшем у них были найдены различные острые заболевания органов брюшной полости, создавшие трудности дифференциальной диагностики. У 30 больных оказался острый аппендицит, у 25 — холецистит и холецистопанкреатит. Из них 10 оперированы по поводу острого холецистита. У 10 больных диагностировано обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, подтвержденное рентгенологическим обследованием.

Все оперированные больные (мужчин — 49, женщин — 1) поступили в стационар в первые 6 часов с момента заболевания.

11 больным при поступлении поставлены ошибочные диагнозы (острый аппендицит — у 4, острый холецистит — у 3, обострение язвенной болезни желудка — у 1, инфаркт миокарда (?), острый аппендицит — у 1, тромбоз сосудов брыжейки — у 1).

У 33 больных перфоративное отверстие локализовалось в желудке, у 17 — в двенадцатиперстной кишке. Барий проник из желудка в брюшную полость только у 3 больных. У 49 больных мы ограничились ушиванием перфоративного отверстия, и лишь у 1 прибегли к первичной резекции желудка. Брюшная полость ушита наглухо

у 31 больного, у 19 вставляли резиновую трубку на 3—4 дня для введения антибиотиков.

У 3 больных после операции наблюдалось нагноение раны, у 3 — поддиафрагмальные абсцессы, из них у 2 они вскрыты и дренированы. Смертельных исходов не было.

Доскообразный живот при наличии резких болей в эпигастральной области указывал на перфорацию гастродуоденальной язвы. Следует помнить, что эти же признаки могут наблюдаться при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острым холецистите и аппендиците. Ускоренная эвакуация и гипертонус желудка были и у больных с обострением язвенной болезни, и у оперированных по поводу острого аппендицита и острого холецистита. При разлитом гнойном перитоните наступает парез желудочно-кишечного тракта, поэтому контрастную рентгеноскопию (-графия) желудка следует проводить в первые 6—12 часов с момента заболевания и при прикрытых перфорациях.

Нередко больным во время транспортировки в хирургическое отделение вводят атропин, но-шпа, папаверин, промедол, морфий, которые влияют на моторно-эвакуаторную функцию желудка и затрудняют правильную постановку диагноза при контрастной рентгеноскопии (-графии). Врачу необходимо знать время действия этих лекарственных средств.

Электрогастрография (ЭГГ) произведена 10 больным перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, 10 больным с обострением язвенной болезни желудка, 10 больным острым холециститом и 10 больным острым аппендицитом.

У больных с перфорацией гастродуоденальных язв на ЭГГ отмечались длительные периоды почти полного отсутствия электрических колебаний, что совпадало с клиническими проявлениями перфоративной язвы: атонией, отсутствием перистальтики желудка при контрастной рентгеноскопии.

У остальных больных ЭГГ носила резко выраженный гиперкинетический, тахикарический характер со средней амплитудой электрических колебаний 0,4—0,6 мв.

Таким образом, при отсутствии пневмоперитонеума контрастная рентгеноскопия (-графия) сернокислым барием в первые 6—12 часов служит ценным пособием при перфоративных язвах, помогая проводить дифференциальную диагностику с острым аппендицитом, острым холециститом, обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

УДК 616.34—002.44:616—089.87

А. Ф. Агеев, В. Е. Волков, Р. С. Шамсутдинова, Н. Ф. Козырева (Казань). К методике обработки культи двенадцатиперстной кишки

С 1968 г. мы применяем свою методику герметизации «желудочной воронки» при резекции на выключение. Ее целесообразность подтвердили клинические наблюдения и экспериментальные (на 6 собаках) данные.

Наша методика исключает возможность деваскуляризации и позволяет надеяться на достаточную герметизацию. Сводится она к следующему. Производим, как обычно, надпривратниковое сечение желудка (не менее 10—12 см от пилоруса), демуккозацию этого отдела до привратника. Слизистую у основания мобилизации ушиваем и отсекаем. В образовавшейся таким образом «желудочной воронке» проводим гемостаз путем тампонады салфеткой с горячим физиологическим раствором. После обработки ее просвета антисептическими растворами накладываем с внутренней стороны, без прокола серозы, 2—3 ряда кисетных капроновых швов с расстоянием 1,5—2 см друг от друга, начиная от кетгутового шва слизистой до края «желудочной воронки». Край последней ушиваем отдельными П-образными швами. Нетипичность операции всегда служит показанием к использованию сальника для окончательной герметизации и ограничения ушитой культи.

Описанная методика ушивания культи при надпривратниковой резекции применена нами у 3 больных без каких-либо осложнений.

Гистологические исследования серийных срезов антрального отдела желудка при ушивании по методу Финстерера, Якобовичи и по предлагаемой методике показали, что в последнем случае происходят заметные меньшие изменения. Так, при ушивании по способу Финстерера имели место некроз подслизистого и частично мышечного слоев, образование воспалительных гранулем с наличием «гигантских клеток рассасывания», обильная полинуклеарная и плазматическая инфильтрация. При ушивании же по Якобовичи и предлагаемому нами методу наблюдалась лишь обильная лимфоцитарная инфильтрация с отеком подслизистого и в одном случае мышечного слоев.

Целесообразность описываемой методики очевидна, поэтому ее можно рекомендовать для широкой практики.

УДК 616.329—089.844

Канд. мед. наук Ф. Г. Валиев (Уфа). Локальная термометрия при эзофагопластике желудком

Для изучения кровоснабжения при создании искусственного пищевода из желудка мы с 1969 г. практикуем локальную термометрию электротермометром ТПЭМ-1 со стерж-