

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, остром 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-