

Через сутки после операции больной стал видеть 2 пальца на расстоянии 2 м, освободился от посторонней помощи. На 7-е сутки (А. Б. Либенсон) VOD — 0,06, VOS — 0,1. На 18-й день после операции VOD — 0,2, VOS — 0,3.

Мы полагаем, что всякий больной зобом, страдающий пониженным зрением, должен быть тщательно осмотрен эндокринологом и окулистом.

Поступила 30 июня 1964 г.

УДК 616.33—616—099.15

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ОТРАВЛЕНИЯ ФОРМАЛИНОМ

А. С. Домрачев и С. П. Рябинин

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. А. И. Богатов)
Астраханского медицинского института им. А. В. Луначарского

Эрозивные гастриты, образующиеся в результате ожога, в конечном итоге приводят к стойким рубцовым деформациям и стенозам желудка. До 1948 г. хирурги при этих поражениях в основном ограничивались наложением гастроэнтероанастомоза, но в дальнейшем преобладающее большинство хирургов стало производить радикальную операцию — резекцию желудка, которая дает наилучшие и наиболее устойчивые результаты.

Приводим собственные наблюдения.

Б., 32 лет, поступил 18/X 1963 г. с жалобами на отрыжку, боли и постоянное чувство тяжести в эпигастрии, рвоту через 6—8 час. после приема пищи, слабость и похудание. 18/VIII 1963 г. случайно выпил 100 мл формалина. Лечился около 2 недель в терапевтическом отделении районной больницы. В последующем состоянии больного стало постепенно ухудшаться.

Больной истощен. Кожа и видимые слизистые бледны. Со стороны легких и сердца изменений не обнаружено. Пульс 76, ритмичный. АД 80/60 мм. Язык чистый, сухой. Признаков последствий химического ожога со стороны слизистой рта нет. Глотание свободное. Живот слегка втянут, болезнен слева в подреберье и над пупком. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Гем. Hb % — 66 ед.; Э. — 4 120 000, Л. — 5200, э. — 2%, с. — 63%, л. — 31 %, м. — 4%. РОЭ — 7 мм/час.

Рентгеноскопия. Органы грудной клетки в пределах нормы. Пищевод свободно проходим. Желудок увеличен в размерах, деформирован, эктазирован и смещен влево вместе с луковицей двенадцатиперстной кишки. Перистальтика вялая, эвакуация резко замедлена, через 24 часа в желудке большое количество бария. Заключение — рубцовое сужение антрального отдела желудка с нарушением эвакуаторной способности III ст.

После кратковременной подготовки (гемотрансфузия, вливание плазмы, глюкозы с витаминами, физиологического раствора поваренной соли) 25/X 1963 г. произведена операция (проф. А. И. Богатов) под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом. Желудок спаян с печенью, селезенкой и поджелудочной железой, резко деформирован. Антральный отдел желудка в виде трубки диаметром 2 см. Пальпаторно проходимость этой трубки не определяется. Двенадцатиперстная кишка не изменена, свободна от сращений, хорошо подвижна. Произведена гастрэктомия, наложен эзофагодуоденоанастомоз.

Препарат. Удаленный желудок имеет узловатое втяжение, особенно в области привратника, где стенки утолщены до 1,5 см с резким стенозом. Слизистая оболочка всего желудка отеčná, гипертрофирована с обширными участками изъязвления.

При микроскопическом исследовании отмечается язвенный дефект слизистой желудка с воспалительной инфильтрацией, погружающейся в глубокие слои стенки. Лимфоцитарная и лимфоидная инфильтрация распространяется в промежутках между мышечными волокнами. Резкая гиперемия и стазы в сосудах серозной оболочки. Кровоизлияния в межмышечных соединительнотканых прослойках. Слизистая местами сохранена, с кровоизлияниями, местами разрушена, в состоянии аутолиза и с воспалительной инфильтрацией. Местами выражен отек подслизистой. Мышечные волокна гипертрофированы.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. Прибавил в весе на 4 кг. Анализы крови и мочи благоприятные. Произведенная рентгеноскопия показала нормальную функцию анастомоза. 15/XI 1963 г. (через 20 дней после операции) больной выписан в хорошем состоянии.

1. Астапова М. Е. Сов. здрав. Киргизии, 1962, 2. — 2. Багиров Д. М. Азерб. мед. ж. 1960, 3. — 3. Березов Ю. Е. В кн. «Вопросы абдоминальной и грудной хирургии», Медгиз, М., 1959. — 4. Гаврилина К. П. Вест. хирургии им. Грекова. 1957, 4. — 5. Егорова Е. К., Савченко Т. М. Хирургия. 1959, 7. — 6. Смирнов В. Е. Хирургия. 1964, 3. — 7. Козаков Б. А. Вестн. оториноларингологии, 1958, 5. — 8. Хомяков Ю. С., Коган Ю. Л. Вестн. радиологии и рентгенологии. 1960, 1.

Поступила 30 июня 1964 г.

УДК 616—006.04—611—013.1

СРОЧНОЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Х. З. Ахунзянов, Г. Я. Базаревич, Б. Л. Еляшевич

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе хирургического отделения 5-й горбольницы г. Казани (главврач — Н. И. Полозова)

Первичный рак желчного пузыря является редким заболеванием.

За последние 8 лет из 334 больных, перенесших операции на желчных путях, рак желчного пузыря был обнаружен нами у 9 больных (2,7%). В возрасте от 40 до 60 лет было 6 больных, от 61 до 70 — 3 больных. Все больные — женщины.

Только у двух больных диагноз рака желчного пузыря был поставлен во время операции. Процесс был настолько запущен, что пришлось ограничиться лапаротомией. У других больных во время операции можно было лишь заподозрить злокачественность процесса, что было подтверждено гистологическим исследованием удаленного препарата. У всех больных рак желчного пузыря сочетался с желчнокаменной болезнью и воспалением.

Такое сочетание, по данным И. А. Кикодзе и А. Т. Лидского, встречается в 76—100%. Все это затрудняет распознавание истинного характера поражения желчного пузыря настолько, что иногда даже непосредственный осмотр и пальпация его во время операции не дают достоверного представления о характере патологических изменений. Только микроскопическое исследование позволяет установить окончательный диагноз.

В условиях экстренной хирургии не всегда представляется возможность произвести срочное гистологическое исследование, но может быть использован метод пункции пораженной стенки желчного пузыря тонкой иглой с последующей микроскопией полученного пунктата. По достоверности последний не уступает методу исследования срезов, а по скорости превосходит его (Н. Г. Алексеев, 1955).

Точно установленный диагноз злокачественного поражения желчного пузыря диктует необходимость радикальной операции, выходящей за рамки обычной холецистэктомии (Этал, 1957; А. Т. Лидский, 1963).

Для иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

М., 60 лет, доставлена 30/II 1963 г. с диагнозом «Острый холецистит». За 8 часов до поступления появились резкие боли в области правого подреберья, рвота. Страдает желчнокаменной болезнью 6 лет. Желтухи не было. Неоднократно обследовалась и лечилась в терапевтических клиниках.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной скраски. Температура тела 37,4°. Органы грудной клетки без отклонения от нормы, пульс 100, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 130/80. Язык слегка обложен, влажный. Живот правильной конфигурации со значительным отложением жировой клетчатки, участвует в акте дыхания. Брюшная стенка напряжена, резкая болезненность в области правого подреберья. Положительные симптомы Кера, Орнтера и Щеткина. Л.—6000, п.—5%, с.—80%, м.—6%, л.—9%. Диастаза мочи — 32 ед.

После консервативных мероприятий (двухсторонний поясничный новокаиновый блок по А. В. Вишневскому, атропинизация, применение антибиотиков и холода) состояние больной не улучшилось. Через 6 часов после поступления с диагнозом «Острый деструктивный холецистит» больная была оперирована под местной анестезией.

Желчный пузырь увеличен и напряжен, прикрыт салынком и рыхло с ним спаян. В области дна желчного пузыря инфильтрат хрящевой плотности, переходящий на переднюю стенку, которая в этой области утолщена и резко гиперемирована. Желч-