

больной чувствует умеренные боли при глотании, дыхание свободное, незначительное огрубение голоса. Повороты головы безболезненные. Анализ крови: Л.  $17,6 \cdot 10^9$  в 1 л, СОЭ 12 мм/ч. Анализ мочи: белок 0,198 г/л.

В последующие 2 дня боли при глотании прекратились, голос восстановился, температура нормализовалась. Отек надгортанника исчез через 3 сут, а гиперемия — через 7. П. выписан через 10 дней после поступления в хорошем состоянии. Жалоб при выписке нет, глотание свободное, голос звучный. Л.  $6 \cdot 10^9$  в 1 л, СОЭ 10 мм/ч. В моче белка нет. Контрольный осмотр через 3 мес: состояние хорошее, жалоб нет. Надгортанник не изменен.

Данное наблюдение представляет интерес ввиду необычности расположения внедрившегося инородного тела, связанной, видимо, с попыткой пациента удалить его самостоятельно, а также экстрацервикального способа извлечения шейной иглы и отсутствия явлений острого стеноза гортани.

УДК 616.329—001—089.168

**Р. К. Харитонов, П. Д. Фирсов, А. П. Старостин, Ю. И. Комиссаров (Казань). Три случая повреждений пищевода, закончившихся выздоровлением**

Лечение повреждений пищевода в связи с его сложностью остается одной из актуальных проблем современной хирургии.

В хирургическом отделении Республиканской больницы № 2 было проведено лечение 3 больных с травмами пищевода.

Р., 68 лет, 14/VIII 1973 г. в третий раз была оперирована по поводу злокачественной папилломы щитовидной железы (первая операция — в 1951 г., вторая — в 1965 г.). Через 20 ч после операции резко усилились боли в послеоперационной ране, ухудшилось общее состояние больной, появилась одышка, тахикардия (пульс 120—140 уд. в 1 мин), через дренажи стало обильно выделяться слизисто-кровянистое содержимое. На шее стала определяться подкожная эмфизема, которая быстро распространилась на лицо и верхние отделы грудной клетки. В экстренном порядке под общим комбинированным эндотрахеальным обезболиванием выполнена ревизия послеоперационной раны, при которой повреждения стенки пищевода выявить не удалось; трахея без патологических изменений.

К предполагаемому месту повреждения пищевода подведены марлевые полоски с мазью Вишневского и резиновая трубка. В желудок трансназально проведен зонд. Операционная рана ушита наводящими швами. Через сутки зонд из желудка пришлось удалить из-за плохой переносимости, и в дальнейшем его вводили только на периоды кормлений. Кратковременное введение назогастрального зонда больная переносила удовлетворительно, и кормление через него продолжалось в течение 36 дней до заживления раны. После нормализации общего состояния проведен курс глубокой рентгенотерапии, больная находится на диспансерном наблюдении по настоящее время, нарушений функции пищевода нет, общее состояние удовлетворительное.

К., 69 лет, доставлена в хирургическое отделение 19/V 1977 г. с диагнозом «желудочное кровотечение». Через 3 ч после фиброгастроскопии, выполненной с большими трудностями, К. почувствовала сильную боль при глотании в области глотки, появилась рвота с примесью алой крови и подкожная эмфизема на шее. На рентгенограмме определялся паразофагальный затек небольшого объема йодлипола на уровне седьмого шейного позвонка. Диагностировано повреждение стенки пищевода в шейном отделе, начато консервативное лечение (парентеральное питание с исключением приема жидкости и пищи через рот, массивные дозы антибиотиков, сердечные, обезболивающие, десенсибилизирующие средства). Общее состояние больной продолжало ухудшаться, повысилась температура, нарастали лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, подкожная эмфизема. Через 22 ч после повреждения пищевода под общим обезболиванием произведена шейная медиастинотомия. На задней стенке пищевода на уровне перстневидного хряща в полости небольшого абсцесса определялась рана протяженностью 1,5 см. К ране пищевода подведены марлевые полоски с мазью Вишневского, резиновая трубка для вакуум-дренажа.

На 4-е сутки после операции, когда эмфизема и отечность подслизистой носоглотки уменьшились, удалось провести трансназально в желудок зонд, через который проводилось питание в течение 4 нед. Рана шеи зажила на 34-й день. 29/VI произведена эксцизия опухоли желудка клиновидной резекцией. Доброкачественность опухоли была подтверждена результатами биопсии при фиброгастроскопии, экспресс-биопсией на операционном столе и последующим гистологическим исследованием. Больная по настоящее время находится на диспансерном наблюдении, общее состояние удовлетворительное, нарушений функции пищевода и желудка нет.

Б., 72 лет, поступила 29/XII 1977 г. с подозрением на рак нижней трети пищевода. 5/I 1978 г. сделана фиброгастроскопия, наличие опухоли подтвердилось, произведена биопсия ткани опухоли. 6/I больная стала жаловаться на нарастающую боль за грудиной; появилась крепитация в области надплечий и по ходу кивательных мышц. На рентгенограмме зарегистрировано наличие воздуха в подкожной клетчатке шеи. Установлено повреждение шейного отдела пищевода. Консервативное лечение с применением больших доз антибиотиков, полным прекращением приема жид-

кости и пищи через рот, адекватным парентеральным питанием дало положительный результат: исчезли боли за грудиной и подкожная эмфизема, улучшилось общее состояние, нормализовалась кровь. Через 11 сут возобновлено питание естественным путем. Через месяц наложена трубчатоклапанная гастростома, с которой больная выписана на амбулаторное лечение.

Приведенные наблюдения показывают, что больные с повреждениями пищевода нуждаются в строго индивидуальном подходе при определении лечебной тактики. Допустимо недлительное наблюдение за ними (4—12 ч) с применением активного комплексного лечения, которое в отдельных случаях ведет к выздоровлению без оперативного вмешательства. При плохой переносимости постоянного назогастрального зонда можно ограничиться введением его только на периоды кормлений, не применяя питательную гастростому или еюностому.

УДК 616.33—007.251—089

### Г. А. Измайлов, Р. С. Камалов (Казань). Спонтанный разрыв стенки желудка

Самопроизвольные полные разрывы стенки желудка встречаются относительно редко. Специалисты выделяют их в отдельную группу повреждений данного органа. Разрыв происходит чаще всего в стенке, потерявшей эластичность из-за хронического воспалительного процесса (язва, гастрит, ожог и др.) при резком повышении внутрижелудочного давления. Симптоматология заболевания напоминает клинику перфорации язв.

В течение последних 10 лет в хирургический стационар поступил один больной с самопроизвольным полным разрывом стенки желудка, что составило 0,007% от общего числа больных.

К., 50 лет, госпитализирован 7/V 1974 г. через 7 ч от начала заболевания. Жалуется на сильные постоянные боли в животе, рвоту с примесью свежей крови.

Страдает язвенной болезнью желудка с 1958 г. В 1972 г. произведено ушивание перфоративной язвы пилорического отдела желудка. Злоупотребляет алкоголем.

В результате избыточного употребления алкогольных напитков и нарушения диеты в последние 14 дней наступило обострение заболевания — боли, изжога, тошнота. С целью облегчения состояния принимал питьевую соду. Однако 7/V боли после приема обычных доз соды не затихли, и больной «выпил ее целую горсть». Боли уменьшились, но появилось вздутие живота, а затем возникла рвота.

Общее состояние тяжелое. Изо рта запах алкоголя. Кожа и видимые слизистые бледные; склеры иктеричны. Язык сухой, обложен грязным налетом. Тоны сердца приглушены. Пульс 96 уд. в 1 мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность, наиболее выраженная в эпигастрии. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Печеночная тупость не определяется. Кишечные шумы ослаблены. Анализ крови: эр.  $3,4 \cdot 10^{12}$  в 1 л, Нб 1,6 ммоль/л, л.  $9,2 \cdot 10^9$  в 1 л, СОЭ 14 мм/ч. В осадке мочи — единичные лейкоциты. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаружены свободный газ и множественные чаши Клойбера.

После предоперационной подготовки (анальгетики, сердечно-сосудистые средства, витамины, инфузия глюкозосодержащих и солевых растворов, полиглюкина, кокарбоксилазы) под эндотрахеальным наркозом произведена верхняя срединная лапаротомия с иссечением старого кожного рубца. Брюшина гиперемирована, утолщена. Удалено около 4 л мутного выпота с выраженным запахом алкоголя и наличием фибрина. Желудок больших размеров, выходной его отдел стенозирован. По малой кривизне ближе к кардии имеется линейный разрыв всех слоев стенки желудка. Длина разрыва 3 см, из отверстия выделяется желудочное содержимое с примесью крови. Стенка желудка около разрыва воспалительно инфильтрирована. Произведено ушивание разрыва двухрядным швом. Брюшная полость дренирована.

Послеоперационный период осложнился сердечно-сосудистой недостаточностью, которая через 7 ч привела к летальному исходу. На аутопсии диагноз подтвержден. Кроме этого, выявлены выраженные дегенеративные изменения паренхиматозных органов.

Прогноз самопроизвольных разрывов желудка у лиц в состоянии алкогольного опьянения ввиду возможности поздней госпитализации и трудности диагностирования плохой, хотя отдельные авторы при ранних операциях получали в последние годы обнадеживающие результаты.

УДК 616.34—007.272—089

### И. И. Клюев, В. С. Беликов, В. И. Клюев (Саранск). Лечение спаечной кишечной непроходимости

Из 896 больных, поступивших в хирургическую клинику Мордовского университета в 1967—1976 гг. по поводу кишечной непроходимости, у 507 (56,6%) была спаечная кишечная непроходимость или спаечная болезнь брюшной полости. Спаечная болезнь брюшной полости может встречаться в любом возрасте, но чаще — от