

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