

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

20 до 50 лет. Время, прошедшее с момента операции до возникновения симптомов спаечного процесса (приступы болей), у 52 больных не превышало 1 мес, у 80 составляло от 2 до 6 мес, у 186 — от 6 мес до 1 года, у 142 — от 1 года до 5 лет и у 47 — от 5 до 10 лет и более.

У 231 больного спаечная болезнь и непроходимость кишечника развились после перенесенной ранее аппендэктомии, у 113 — после операции по поводу гинекологических заболеваний, у 66 — после вмешательства по поводу кишечной непроходимости, у 62 — после операции в связи с травмой органов брюшной полости, у 25 — после операции при различных заболеваниях желудка, у 5 — после операции ущемленной грыжи, у 3 спаечная кишечная непроходимость возникла на почве врожденных спаек и у 2 — после нефрэктомии.

Лечение больных со спаечным процессом брюшной полости представляет трудную задачу, ибо очередная операция нередко приводит к еще большему развитию спаек. Поэтому хирург стремится купировать приступы спаечной непроходимости кишечника консервативными мероприятиями: паранефральной новокаиновой блокадой по А. В. Вишневскому, инъекциями раствора атропина, сифонными клизмами. Если консервативная терапия в течение ближайших 2 ч не дает эффекта или результаты ее сомнительны, показано срочное оперативное вмешательство.

Операцию у этих больных проводят по жизненным показаниям, когда клиническое и рентгенологическое обследование подтверждает механическую кишечную непроходимость. Из 507 больных оперировано 238 (47%). У 204 больных проведено разделение спаек, у 10 — резекции кишечника, у 16 — наложение обходного энтероэнтероанастомоза, у 6 — наложение кишечного свища и у 2 — операция Нобля.

Основной причиной тактических ошибок является сложность дифференциальной диагностики спаечно-динамической, механической и особенно обтурационной форм спаечной непроходимости кишечника. Так, из 92 больных со странгуляционной спаечной непроходимостью оперированы до 6 ч после приступа 44 пациента, до 24 ч — 40 и свыше суток — 8. Из них умерло 6 человек, послеоперационная летальность составила 6,5%. С обтурационной спаечной непроходимостью оперировано 102 больных, из них до 6 ч после приступа — только 16, до 24 ч — 48, свыше суток и более — 38. Из них умерло 10 человек, послеоперационная летальность составила 10%. По поводу спаечно-динамической непроходимости кишечника оперировано 44 из 313 поступивших в стационар больных. Таким образом, при странгуляционной спаечной непроходимости больных оперируют на значительно меньших сроках после начала приступа, чем при обтурационной спаечной непроходимости.

Механические формы спаечной непроходимости кишечника (странгуляционная и обтурационная) требуют срочного хирургического лечения. Приступы спаечно-динамической непроходимости ликвидируются, как правило, консервативными средствами. При повторяющихся приступах больные подлежат оперативному лечению в плановом порядке.

УДК 616.341—003.742.2—007.272—089.87—053.5

В. В. Юшкин (Новокуйбышевск). Повторная непроходимость тонкой кишки, вызванная трихобезоаром

Непроходимость кишечника, обусловленная трихобезоаром на фоне участвовавшей за последние десятилетия спаечной непроходимости, встречается редко. Еще реже наблюдается рецидив трихобезоара, вызвавший повторную непроходимость кишечника.

И., 13 лет, поступила в хирургическое отделение 17/V 1978 г. через 12 ч после начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту.

В декабре 1977 г. оперирована по поводу обтурационной непроходимости, вызванной трихобезоаром тощей кишки; был удален камень. После операции родители И. узнали от ее одноклассницы, что она заглатывала волосы (до этого мать лечила ее от выпадения волос).

При осмотре общее состояние средней тяжести. Пульс 90 уд. в 1 мин. АД 14,6/8 кПа (110/60 мм рт. ст.). Язык сухой. Живот умеренно вздут. Перистальтика временами усилена. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости выявлены заполненные газом петли тонкой кишки с уровнями жидкости. С диагнозом спаечной непроходимости кишечника больная взята на операцию. Спаечный процесс не выражен. Обнаружено инородное тело, обтурировавшее тощую кишку. Стенка кишки в области обтурации отечная, инфильтрированная, с точечными кровоизлияниями. Проксимально расположенные петли кишки раздуты. Произведена резекция части тощей кишки с инородным телом. Наложен анастомоз конец в конец. В удаленном отрезке кишки обнаружен трихобезоар 10×5×4,5 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольная рентгеноскопия желудка и кишечника через 2 нед после операции не выявила патологии.

Больная консультирована психиатром. Заключение: психопатия с перверзиями. Взята на диспансерный учет. Осмотрена через 6 мес. Состояние удовлетворительное, жалоб нет.