

хир. клин., Л., 1957. — 10. Новицкая Т. К. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1950, 5. — 11. Подлещук В. М. Здравоохр. Белоруссии, 1955, 6. — 12. Промтова В. Н. Сов. хир., 1936, 8. — 13. Салищев В. Э. Тр. I Моск. орд. Ленина мед. ин-та, М., 1947. — 14. Серебрякова А. Г. Хирургия, 1950, 5. — 15. Ходков В. Н. Тр. русск. хир. общ. за 1927—28 гг., М., 1928. — 16. Шейд Д. Н. Хирургия, 1951, 4. — 17. Флекель И. М. Язвенная болезнь. М., 1958.

Поступила 29 января 1962 г.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ДЕТСКОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Канд. мед. наук Р. М. Нурмухамедов

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. М. П. Постолов) лечебного факультета Ташкентского медицинского института

Если язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослых сравнительно хорошо изучена, то в детском возрасте она еще является предметом изысканий и исследований. Правильный выбор рационального лечения в соответствии с возрастными и биологическими особенностями растущего организма, с учетом отдаленных результатов представляет порой большие затруднения.

Данные литературы о частоте язвенной болезни среди детей весьма разноречивы. Некоторые исследователи вообще отрицают возможность образования подлиных хронических язв у детей до 10-летнего возраста. Однако, по данным большинства клиницистов и патологов, язвы могут образоваться не только в детском возрасте, но и у новорожденных.

Случай врожденной язвы желудка, осложнившейся профузным кровотечением у 2-дневного ребенка, описан В. О. Готлиб. На аутопсии ребенка были обнаружены две кровоточащие язвы желудка.

Первое сообщение о прободных язвах желудка у детей в отечественной литературе принадлежит Я. Э. Гамбургу и В. И. Соколову (1904), которые собрали из иностранной литературы 22 случая и описали собственное наблюдение перфорации язвы желудка у мальчика 12 лет. Майзель (1957) указывает, что за 40 лет (1902—1942) было опубликовано в отечественной литературе около 70 отдельных казуистических наблюдений язвенной болезни и ее осложнений у детей. В последние годы появился ряд работ по вопросам этиологии, патогенеза, клиники и лечения этого заболевания на основании значительного числа наблюдений. Таким образом, язвенная болезнь у детей и юношей не является столь редким заболеванием и вполне заслуженно привлекает к себе внимание.

За последние 10 лет (1951—1960 гг.) в нашей клинике лечилось 610 больных с язвенной болезнью, из которых 26 были в возрасте до 21 года (4%). Среди них до 16 лет было 4, до 18 лет — 9 и до 21 года — 12 больных.

Клиническая картина заболевания в юношеском возрасте обычно протекает с резким болевым синдромом. Так, боли в подложечной области, связанные с приемом пищи, были отмечены у 20; изжоги, отрыжки, тошноты и рвоты — у 23. Желудочный сок был нормальным у 5 больных из 15 исследованных, пониженным — у 3 и повышенным — у 7. Симптом «ниши» был обнаружен у 9 больных и стеноз привратника — у 8. Типичный язвенный анамнез был у 16, атипичный — у 6 и «немые язвы» — у 4.

Врачами поликлиники у 9 больных диагноз был установлен неверно (острый аппендицит у 3, кишечная непроходимость — у 2, подкожный разрыв кишечника — у 1, острый живот — у 3).

В клинических условиях также были допущены 3 диагностические ошибки (острый аппендицит — у 2 и подкожный разрыв кишечника — у 1 больного).

Среди наших больных у 12 была язва желудка и у 14 — язва двенадцатиперстной кишки.

Осложнения язвенной болезни отмечены у 20 больных: стеноз привратника — у 8, профузное язвенное кровотечение — у 3, пенетрация в печень и поджелудочную железу — у 2 и перфорация язвы — у 7.

Больные с неосложненной язвенной болезнью подвергались энергичной консервативной терапии, и только при явной безуспешности лечения и прогрессировании заболевания ставились показания к операции. Резекция желудка произведена 10 больным, 7 с перфоративной язвой произведено ушивание. 9 лечились консервативно и были выписаны в хорошем состоянии. Послеоперационной летальности не было.

1. Векслер Г. Я. Нов. хир. арх., 1956, 4. — 2. Готлиб В. О. Врач. дело, 1957, 7. — 3. Долгополова А. В. Педиатрия, 1948, 6. — 4. Заргарли Ф. И. Клин. мед., 1956, 4. — 5. Левин М. М. Язвенная болезнь юношеского возраста и ее хирургическое лечение. Харьков, 1959. — 6. Люлька А. Н. Нов. хир. арх., 1961, 7. — 7. Майзель. Педиатрия, 1957, 5 и 7. — 8. Радионенко В. Я. Нов. хир. арх., 1961, 7. — 9. Телиа А. В. и Чачиашвили Л. Г. Педиатрия, 1958, 8.

Поступила 4 декабря 1961 г.

ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕНОК ЖЕЛУДКА ПРИ ЛАПАРОТОМИИ

Доцент М. З. Сигал

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) и кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав.—проф. Н. И. Комаров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В предыдущей работе (1962) мы показали, что трансиллюминационное исследование может иметь важное значение как метод диагностики рака желудка при лапаротомии. В данном сообщении освещаются возможности этого метода в выявлении нормальных и патологических структур стенки желудка во время операции.

Наши наблюдения во время операции, исследования удаленных препаратов, а также опыты на собаках показали, что при трансиллюминации могут быть созданы оптические условия видимости самых тонких интрамуральных образований желудка и кишечника. Возможности трансиллюминационного анализа не были выявлены и изучены. Нами показана возможность дифференцировать при просвечивании внутристеночные кровеносные сосуды (вазоскопия, вазография), складки слизистой, желудочные поля не вскрытого желудка. На этом фоне при просвечивании возникают теневые фокусы, соответствующие раковым, язвенным и полипозным очагам, а также гастритическим изменениям. Трансиллюминационные исследования в клинике были проведены более чем у 100 больных, кроме того, ряд вопросов изучался в условиях эксперимента на собаках.

В качестве обязательного атрибута метода применяется раздувание стенки желудка или кишечника. Растяжение увеличивает «прозрачность».

В зависимости от взаимного расположения источника света, изучаемого органа и исследователя возможны следующие виды трансиллюминации. Наиболее часто применяемым вариантом является исследование, при котором просвечивание осуществляется в направлении: источник света — слизистая — серозная оболочка — глаз. Такая, как мы ее обозначаем, прямая трансиллюминация может быть осуществлена двумя способами: 1) источник света вводится в полость исследуемого органа — внутриполостная (интралюминарная) трансиллюминация; 2) осветитель располагают позади исследуемого органа — внеполостная трансиллюминация. В отдельных случаях может быть применено обратное просвечивание: осветитель — серозный покров — слизистая — глаз. В этом случае изображение воспринимается с помощью оптической системы гастроскопа — обратная трансиллюминация. Имеются некоторые отличия в относительной контрастности изображений — слои стенки полого органа, расположенные ближе к источнику света, дают менее контрастные тени. Эта разница может быть использована для отнесения образований к тому или иному слою стенки. При внеполостном просвечивании создаются благоприятные условия для получения изображений только одной стенки желудка. При воздушной прослойке между ними изображения не наслаиваются из-за рассеивания света, падающего на заднюю, по отношению к исследователю, стенку.

Различные физические свойства нормальных и патологических структур, отличия в их форме, цветовая разница определяют возможности метода. Видимость образований зависит от силы источника света и степени растяжения стенки полого органа.

Обычно мы использовали в качестве источника света лампочку небольшого калибра, вмонтированную в желудочный зонд, имеющий отверстие вблизи от лампочки для отсасывания содержимого и нагнетания воздуха (рис. 1, а, б). Для внеполостной трансиллюминации мы применяли специальный осветитель (рис. 2).

Трансиллюминационная картина зависит от яркости света и степени наполнения желудка воздухом. Изменения этих двух показателей создают условия видимости тех или иных образований.

Успехи прижизненной ангиографии сосудов ряда анатомических областей (аортографии, ангиопульмонографии, спленопортографии, исследование сосудов конечно-