

Рвота, наблюдавшаяся у 12 больных, исчезла на 4—5 дни лечения и больше не повторялась. Одновременно с этим прекращались и другие диспепсические расстройства (тошнота, отрыжка, изжога).

Для проверки отдаленных результатов лечения явились 34 больных, выписанных по выздоровлению. Рецидив наступил до одного года у 2, до 2 лет — у 3, до 3 лет — у 2 больных.

Поступила 17 июня 1962 г.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ КАРДИИ

Ю. В. Лёвин

Клиника общей хирургии (зав.— проф. А. А. Полянцев) Волгоградского медицинского института на базе областной клинической больницы (главврач — А. И. Гусев)

Длительное время язвы кардиального отдела желудка относились к неудалимым и лечились консервативно.

В нашей клинике за 10 лет среди 894 больных язвой желудка кардиальная локализация была у 11 (все мужчины). Все были в возрасте от 35 до 60 лет.

Страдали один год 2 больных, до 5 лет — 2, до 10 — 4, 18 лет — 1, 25 лет — 1, 31 год — 1.

По литературным данным, язвы кардиального отдела желудка трудно поддаются консервативному лечению, часто осложняются желудочным кровотечением, пенетрируют в печень и поджелудочную железу. Известен случай пенетрации кардиальной язвы в левый желудочек сердца с последующим кровотечением и роковым исходом (Н. И. Тимофеева). Описаны случаи прободения язв и развития стеноза кардии. И, наконец, весьма часто наблюдается злокачественное перерождение язвы кардии.

Из 11 оперированных в нашей клинике по поводу язвы кардии у одного наблюдалась перфорация язвы с развитием перитонита; у 2 при гистологическом исследовании обнаружены явления малигнизации язвы; у 4 была пенетрация язвы в поджелудочную железу и малый сальник.

Распознавание язв кардиального отдела нередко представляет известные трудности.

Основным симптомом заболевания является постоянная, значительной интенсивности боль в подложечной области, усиливающаяся после приема пищи. Подобные боли наблюдались у 8 больных. У 3 больных боли носили схваткообразный, режущий характер и появлялись тотчас же после еды. У половины больных отмечалась сезонность обострения болей. У большинства наших пациентов боли иррадиировали в спину. Тошноты и рвоты наблюдались у 4 больных. Изжоги и отрыжки беспокоили лишь 2 больных. В связи с сильными болями нередко больные старались ограничивать себя в еде, в результате чего у большинства упитанность была понижена. У 2 больных была выраженная анемия (у одного Гем.— 30, а у другого — 42%).

У половины больных кислотность оставалась нормальной, повышенная была у одного, и у 5 — пониженная. Большинство больных отмечали прогрессивное ухудшение общего состояния и усиление болей, несмотря на консервативное лечение.

Рентгенологически у 8 больных до операции диагностирована язва кардиального отдела и выявлен симптом ниши.

Большинством авторов оперативное лечение больных с кардиальными язвами признается наиболее эффективным. Операцией выбора является резекция кардиального отдела желудка при одиночных язвах и гастрэктомия — при множественных. В отношении оперативного доступа единства взглядов нет. Рядом авторов применяется преимущественно абдоминальный подход, другими — трансторакальный или комбинированный. В нашей клинике 2 больным произведены гастрэктомии с абдоминальным доступом.

Абдоминальный доступ для резекции кардии весьма неудобен из-за узости операционного поля и нередко требует специального инструментария, предложенного А. Г. Савиных, поэтому мы предпочитаем трансторакальный доступ, с помощью которого и оперировали наших больных. Этот метод открывает свободный доступ к кардиальному отделу пищевода, дает возможность успешно наложить соустье пищевода с желудком или тощей кишкой без какого-либо натяжения тканей и нарушения кровоснабжения дистального отдела пищевода.

Нами произведены резекции кардии и верхней половины или двух третей желудка с последующим наложением пищеводно-желудочного соустья 7 больным; одному — тотальная гастрэктомия с наложением пищеводно-кишечного соустья и одному — тотально-субтотальная резекция желудка.

Осложнений после операций не было. У всех исчезли боли в эпигастрии, появился аппетит, и они могли нормально питаться.

Отдаленные результаты прослежены у 6 больных. Прежнюю работу выполняют трое, остальные не работают в связи с преклонным возрастом. Болей после еды нет ни у одного.

Агастрическая анемия у оперированных нами не наблюдалась. Изменений в составе крови не найдено. Пищеводно-желудочный, пищеводно-кишечный анастомозы при рентгенологическом исследовании функционировали у всех хорошо. Пилороспазма у оперированных нами не отмечалось. После гастрэктомии у двух больных были расширение петли тонкой кишки ниже анастомоза и образование газового пузыря.

Наименьшее число жалоб предъявляли больные после резекции кардиального отдела желудка с наложением эзофагогастроанастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюничев В. А. Сб. тр. Алтайского мединститута, т. I, 1957. — 2. Березов Ю. Е. Сб. научн. раб. Иркутского мединститута, 1953. — 3. Лядов Ю. С. Грудная хирургия, 1960, 1. — 4. Петерсон Б. Е., Кондратьева А. А. Вopr. хирургии желудка и пищевода. Горький, 1956. — 5. Петровский Б. В. Грудная хирургия, 1960, 4. — 6. Серебрякова А. Г. Хирургия, 1953, 4; Вест. хир., 1959, 2; Вopr. хирургии пищевода и желудка, Томск, 1960. — 7. Тимофеева Н. И., Кронрод Б. А. Грудная хирургия, 1960, 3.

Поступила 20 декабря 1961 г.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

Канд. мед. наук Х. З. Ахунзянов

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института

Хирургическое вмешательство на высоте кровотечения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта производится большинством хирургов чаще больным среднего и пожилого возраста и очень редко — при глубокой старости, особенно при выраженных возрастных изменениях со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы. Боязнь «потерять больного» заставляет некоторых хирургов отказаться от хирургического вмешательства и использовать консервативную терапию. Конечно, могут быть и противополоказания для производства операции таким больным, когда операция может быть или бесполезной, или вредной. В этих случаях консервативная терапия явится единственным методом лечения. При прямых показаниях и отсутствии особых противопоказаний хирургическое вмешательство является необходимым средством лечения даже в глубокой старости. Осторожным, активным действием хирург может продлить жизнь людей преклонного возраста.

При желудочном кровотечении на почве язвенной болезни желудка у людей преклонного возраста выжидательная тактика может привести к еще большему ослаблению организма. Известно, что в старческом возрасте кровеносные сосуды склерозированы и остановить кровотечение из просвета зияющего сосуда на фоне язвенного процесса очень трудно. Консервативные меры часто не приводят к желаемому результату, и больные нередко погибают.

Своевременное осторожное хирургическое вмешательство под местной анестезией по А. В. Вишневскому может в большинстве случаев оказаться наиболее выгодным методом борьбы с роковым последствием такого рода осложнения, как язвенное кровотечение в старческом возрасте.

Приводим наше наблюдение.

5/X 1959 г. в порядке неотложной помощи поступил больной П., 76 лет, по поводу желудочного кровотечения. Страдает заболеванием с 1941 г. и с этого же времени рентгенологически установлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Лечение проводилось консервативное в условиях стационара и диетсанатория. За время болезни кишечного кровотечения и кровавой рвоты не было. Из ранее перенесенных заболеваний упоминает сыпной и возвратный тифы, заболевание сердца в годы Великой Отечественной войны. За последнее время у больного были нервные переживания. Желудочное кровотечение открылось 3/X 1959 г., и в течение двух суток неоднократно была кровавая рвота. Естественные отправления — в пределах нормы.

В момент поступления состояние больного тяжелое. Кожные и видимые слизистые бледные, сознание ясное, вялый. Резко выражено истощение. Пульс до 100, слабого наполнения, ритмичный. АД — 120/70. Язык влажный, обложен белым налетом. Лим-