

Характер операции	Число больных	Без жалоб	Общая слабость	Боли в животе	Поносы	Ощущение малого желудка	Изжога	Отрыжка	Рвота	Икота
По Бильрот-I	54	18	27	19	17	21	3	20	4	2
Гастроэюно-пластика	50	34	5	5	2	7	2	3	1	—

После резекции желудка по Бильрот-I чаще, чем после гастроэюнопластики, наблюдались поносы, отрыжка, «ощущение малого желудка», боли. При операции по Бильрот-I сахарная кривая имела ирритативный характер, а при гастроэюнопластике она приближалась к норме. Гипергликемический коэффициент соответственно был равен 2,1 и 1,68 (до операции — 1,53).

Демпинг-синдром отмечен нами у 18 чел., подвергшихся резекции желудка по Бильрот-I, причем у 4 он был резко выражен. После приема 100,0 сахара у них наступало состояние, близкое к обморочному: резкая слабость, бледность, потливость, головокружение, дрожание конечностей, тахикардия. Больные вынуждены были лечь. Все 18 больных ограничивают прием углеводов и после приема пищи вынуждены отдыхать. У 3 больных выявлен гипогликемический синдром. После гастроэюнопластики только у 2 больных наблюдался демпинг-синдром легкой степени, выражавшийся в общей слабости после приема сахара.

Результаты операции представлены в табл. 2.

Таблица 2

Характер операции	И с х о д			
	отличный	хороший	удовлетворительный	плохой
По Бильрот-1	14	12	19	9
Гастроэюнопластика . .	29	12	9	0

Рентгенологическое обследование показало, что у больных, перенесших резекцию по Бильрот-I, культя желудка имеет вид воронки или мешка, в подавляющем большинстве перистальтика слабо выражена, иногда не улавливается. Хорошей перистальтики не отмечено ни разу. Эвакуация начинается сразу после первых глотков бария. У 31 больного эвакуация шла непрерывной струей, у 23 было порционное освобождение по типу провала, у части больных порционное освобождение чередовалось с непрерывным. У 4 больных эвакуация бария закончилась через 5—7 мин. (молниеносная эвакуация); у 21 — до 30 мин., у 18 — до 45 мин., у 8 — до часа и у 3 — после часа.

У больных, подвергшихся антиперистальтической гастроэюнопластике, барий поступает в трансплантат, оттуда возвращается в культю желудка, которая, бурно сокращаясь, выбрасывает барий опять в трансплантат; последний выталкивает порцию в двенадцатиперстную кишку. Механическая обработка пищи хорошая, эвакуация только порционная. Наименьшее время полной эвакуации бария из культы желудка при гастроэюнопластике составляет 1 час. У 28 больных эвакуация закончилась через 2 часа и у 13 — через 1,5 часа. Таким образом, эвакуаторная функция лучше и полнее осуществляется при гастроэюнопластике. Время полной эвакуации при гастроэюнопластике приближается к норме.

УДК 616.346.2—002—616—003.2—616.346—006

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА И ОПУХОЛЕЙ СЛЕПОЙ КИШКИ

Т. П. Тихонова и Г. Д. Медведовская

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (и. о. зав. — доц. Ш. Х. Байбекова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 1-й горбольницы (главврач — З. А. Синявская)

Аппендикулярный инфильтрат как осложнение острого аппендицита встречается часто. Диагноз инфильтрата обычно ставят на основании анамнеза, сроков обращения и клинической картины. Особое внимание следует уделять диагностике инфильтрата у лиц пожилого возраста, при этом необходима онкологическая настороженность.

Рак слепой кишки занимает первое место среди поражений толстого кишечника. При инфицировании опухоли возникает перифокальный воспалительный процесс в виде пара- и перитифлита, что и определяется как инфильтрат в правой подвздошной области. При лечении подобного «аппендикулярного инфильтрата» он уменьшается до определенного уровня, а затем как бы «стабилизируется». В подобных случаях не следует медлить с рентгенологическим обследованием, хотя и рентгенодиагностика не всегда безошибочна, так как не существует абсолютно достоверных рентгенологических признаков для дифференцирования истинных опухолей от воспалительных. Однако в большинстве случаев рентгенологическое исследование позволяет уточнить диагноз. При медленном рассасывании целесообразно держать больного в стационаре до полного исчезновения инфильтрата.

Приводим наши наблюдения.

1. М., 62 лет, поступила 16/IX 1966 г. с диагнозом: аппендикулярный инфильтрат. Больна около 2 недель, к врачу не обращалась. Периодически и раньше бывали боли в животе.

Температура выше 38°. Боли в правой подвздошной области. Живот не вздут, в правой подвздошной области определяется плотное болезненное неподвижное образование величиной 12 × 7 см, напряжения мышц нет.

Лечение: тепло, антибиотики, трижды с интервалами в 6 дней двухсторонняя паранефральная блокада, щадящая диета.

Постепенно инфильтрат значительно уменьшился, стал подвижным, менее болезненным. Однако с 10/X размеры и характер инфильтрата стали постоянными, несмотря на проводимое лечение. Возникло подозрение на опухоль слепой кишки.

28/X 1966 г. произведено исследование кишечника с контрастной клизмой. Заключение: исходящая из слепой кишки опухоль распространяется на терминальный отдел подвздошной кишки.

14/XI произведена операция. Опухоль располагается в латеральной и нижней стенке слепой кишки, к опухоли припаян сальник, червеобразный отросток лежит свободно, не изменен. Экспрессдиагностика — аденокарцинома.

Осуществлена гемиколэктомия. Наложен анастомоз между подвздошной и поперечно-ободочной кишкой «бок в бок». Гистологически: аденокарцинома, местами картина солидного рака. Послеоперационное течение тяжелое, с несостоятельностью анастомоза, с образованием толстокишечного свища. Через 45 дней после операции больная умерла.

2. С., 45 лет, поступил в хирургическое отделение 3/XI 1959 г. в экстренном порядке, на 8-й день заболевания, с диагнозом аппендикулярный инфильтрат. При поступлении в правой подвздошной области определялся овальной формы болезненный инфильтрат размером 12 × 6 см. В течение месяца проводилось консервативное лечение, уменьшение инфильтрата не наступило, но он стал безболезненным.

Произведено рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта. Заключение: опухоль в правой подвздошной области, плотная, неподвижная, не связанная с контурами слепой кишки.

21/XII 1959 г. произведено вылушение плотного пакета забрюшинных лимфоузлов. Гистологически: лимфогрануломатоз.

3. К., 44 лет, поступила в экстренном порядке 3/V 1966 г. с диагнозом: острый аппендицит. Заболела 2/V. Появились боли в правой подвздошной области, тошнота, рвота. Подобные же боли были 29/IV 1966 г.

Резкая болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц, симптомы раздражения брюшины.

Операция. Слепая кишка в рану не выводится, так как она в плотном инфильтрате, распространяющемся до подпеченочной области, отросток не виден, разделение инфильтрата не удается. Инфильтрат покрыт пленками фибрина, сероза кишечных петель резко гиперемирована. Введены марлевые турунды, трубка, антибиотики. Рана ушита.

В послеоперационном периоде у больной нарастала анемия. Диагноз — ахлоргидридная анемия. Однократно перелита кровь, 19/V больная выписана.

В дальнейшем в терапевтической клинике ГИДУВа, куда больная поступила по поводу анемии, при рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта у нее была установлена опухоль восходящего отдела толстого кишечника, и 6/XII больная поступила в хирургическое отделение РКБ, где 16/XII была произведена гемиколэктомия, наложен анастомоз между поперечно-ободочной и подвздошной кишкой «бок в бок». Послеоперационное течение гладкое. Гистологически: слизистый рак.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сорокин Г. А. Клин. хир., 1963, 5. — 2. Яксанов Ю. А. Сов. мед., 1961, 3. — 3. Ясногородский А. Я., Дусмуратов М. Д. Хирургия, 1963, 10.