

Рентгеноскопия. Усиление сосудисто-бронхиального рисунка, преимущественно в нижних легочных полях, расширение теней корней легких. Незначительный выпот в наружных синусах, больше справа. Сердце митральной конфигурации, с увеличением всех отделов. Пищевод свободно проходит. Складки слизистой оболочки желудка грубоватые, извитые. Эвакуация своевременная. На рентгенограммах суставов отмечается остеопороз плечевых костей в верхней трети. Участки остеосклероза в верхней трети диафиза левой плечевой кости.

Нв — 60 ед; Э. — 4 480 000; ц. п. — 0,68; Л. — 8 600; п. — 9%; с. — 75; л. — 9%; м. — 3%; э. — 3%; б. — 1%; РОЭ — 47 мм/час.

В моче следы белка. Уд. вес — 1022.

ЭКГ: Ритм синусовый. Левogramма. Зубец Р ушрен, с плоской верхушкой. За-медлена систола желудочков. Изменения в миокарде предсердий.

При поступлении уменьшено выделение 17-кетостероидов с мочой: 2,4 мг/сутки (при выписке — 10 мг/сутки). Альбумины — 31%;  $\alpha_1$  — 7,5%;  $\alpha_2$  — 13,2%;  $\beta$  — 12,6%;  $\gamma$ -глобулинов — 35,6%.

Диагноз: универсальная склеродермия, недостаточность митрального клапана, стеноз левого венозного отверстия, хронический гастрит.

Вначале проведен курс лечения пенициллином (11 500 000 МЕ), а затем — кортизоном (700 мг). Больному также назначены витамины В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, никотиновая кислота и аскорбиновая кислота. Кроме того, больной получал парафиновые аппликации, массаж и ЛФК.

В стационаре через 95 дней наступило заметное улучшение. Уменьшилось уплотнение кожи на лице, туловище, конечностях. На лице кожа собирается в складки. Усилилось пото- и салоотделение, а кожа стала более эластичной. Открывание рта не затруднено. Исчезло чувство задержки пищи при глотании. Увеличился объем движений в суставах рук и ног, особенно голеностопных, лучезапястных. Исчезли признаки декомпенсации сердечной деятельности.

При повторной рентгенокопии отмечено уменьшение застойных явлений в легких, жидкости в плевральных полостях нет.

Прибыл в весе на 3 кг. Со стороны периферической крови и белковых фракций существенных изменений не произошло.

Спустя полтора месяца, 5/XI-59 г. поступил повторно для продолжения лечения.

Состояние ремиссии держится. РОЭ — 4 мм/час. Признаков декомпенсации нет.

Анализируя данное наблюдение, следует прийти к выводу, что на первом этапе у больного преобладало заболевание ревматического типа (ревматический полиартрит и эндокардит с последующим митральным пороком сердца), а затем, приблизительно с 1956 г., у него развилось еще одно заболевание — склеродермия.

Е. М. Тареев пишет, что при склеродермии иногда встречается «прогрессирующий фиброз клапанов и пристеночного эндокарда, вплоть до образования склеродермического митрального порока».

Учитывая давность заболевания и то, что порок сердца развился раньше склеродермии, мы считаем возможным расценить данный случай как сочетанный коллагеноз.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров А. Н., Сигидин А. Я. Тер. арх., 1957.— 2. Иевлева Л. В., Сигидин А. Я. Тер. арх., 1958, 11.— 3. Тареев Е. М. Сов. мед., 1958, 9; Тер. арх., 1959, 5.— 4. Nägele E. Klin. Wchschr., 1959, 13.

Поступила 25 декабря 1959 г.

## ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА

*Канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн*

Хирургическое отделение Урусинской больницы ТАССР  
(главврач — Н. А. Мифтахов)

За последнее десятилетие в связи с общим прогрессом хирургии все чаще стали выполняться операции при дивертикулах пищевода с хорошими исходами.

Операция при эифренальных дивертикулах небольших размеров весьма эффективна. Примером может служить наше наблюдение.

М., 35 лет, считает себя больной около полугода. Вначале появились боли за грудиной, затем возникли затруднения при прохождении твердой пищи по пищеводу, отрыжка, иногда рвота. Последнее время ест только жидкое. Очень похудела и ослабла, без посторонней помощи не встает с постели.

При рентгеновском исследовании определяется дивертикул округлой формы, диаметром около трех сантиметров в наддиафрагмальном отделе пищевода, располагаю-

щийся справа и сзади. При прохождении массы наблюдается ее задержка в дивертикуле и над ним. Видна антиперистальтика.

25/II-58 г. после левосторонней ваго-симпатической блокады под местной инфильтрационной анестезией вскрыта левая плевральная полость в седьмом межреберье. Рассечена медиастинальная плевра. На четыре пальца выше диафрагмального кольца на задне-правой стенке пищевода обнаружен дивертикул 3 см в диаметре. Пищевод выше и ниже тупо обойден и взят на держалки. Дивертикул выделен большей частью тупо. В области его продольный слой мышц разошелся, циркулярный почти отсутствует.

Слизистая дивертикула выделена до его основания, дивертикул иссечен. Дефект пищевода зашит двухрядным швом, слизистая — в поперечном направлении, мышца — в косо-поперечном. Грудная стенка закрыта наглухо. В девятом межреберье поставлен трубчатый дренаж.

Послеоперационный период гладкий. Жидкая пища разрешена с шестого дня, хлеб — с пятнадцатого.

При рентгенокопии пищевода 17/III-58 г. контуры его ровные, жидкая и густая контрастная масса проходит свободно.

Выписана на двадцатый день после операции. При повторном осмотре здорова.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алентьева Е. М. Хирургия, 1955, 10. — 2. Дубинский М. Б. Вестн. хир., 1959, 2. — 3. Красовитов В. К. Вестн. хир., 1956, 3.

Поступила 28 ноября 1959 г.

## РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ СТЕНОЗА ПОСЛЕ ТРЕХКРАТНОГО УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Е. Н. Коликов, С. А. Родкин*

(Куйбышев-областной)

Изучение отдаленных результатов операций по поводу прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки показывает, что у некоторой части больных заболевание продолжается, возникает повторное прободение язвы или образуется стеноз.

Приводим собственное наблюдение.

Б-ной В., 62 лет, поступил 7/IV-59 г. с жалобами на боли в животе, связанные с приемом пищи и усиливающиеся по ночам, тошноту и рвоту пищей, съеденной за несколько дней раньше, резкое исхудание. Язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки страдает с 1945 г. В октябре 1945 г. внезапно заболел и был оперирован по поводу прободения язвы двенадцатиперстной кишки (ушивание). В ноябре 1954 г. вновь наступила перфорация язвы, и произведено ушивание. В декабре 1956 г. перфорация наступила в третий раз и также закончена ушиванием язвы.

До поступления больной безуспешно лечился консервативно. Беспокоили постоянные боли, которые вынуждали принимать наркотики. В течение последних 4—5 мес. отмечалась рвота. Два раза был дефекационный стул. Ввиду ухудшения состояния больной согласился на четвертую операцию.

Больной резко истощен, ослаблен. Кожа сухая, бледная. Пульс 90, ритмичный. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие. АД — 160/110. По средней линии живота, от мечевидного отростка до пупка, имеется 3 рубца, плотно спаянных с апоневрозом. По ходу рубцов определяется послеоперационная грыжа. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. На глаз видна периодически наступающая бурная перистальтика желудка. Нижняя его граница достигает гребешков подвздошных костей. Печень и селезенка не прощупываются.

Нб — 90%, Э — 5 900 000, РОЭ — 2 мм/час, Л. — 8 600, э. — 2%, п. — 1%, с. — 71%, л. — 24%, м. — 2%. Моча нормальная.

Рентгенокопия желудка 2/IV-59 г. Пищевод проходим. Желудок имеет форму крючка, опущен на 6 см ниже гребешковой линии, содержит натощак большое количество жидкости. Слизистая гипертрофирована, складки различные по калибру, утолщены, перепутаны. Контрастная масса через привратник не проходит. После инъекции 1 мл 0,1% раствора атропина отмечено незначительное забрасывание контраста в двенадцатиперстную кишку. Через 24 ч. почти вся контрастная масса находится в желудке.

Диагноз — стеноз двенадцатиперстной кишки на почве рубцующейся язвы.

21/IV-59 г. операция под местной инфильтрационной анестезией. Резецировано  $\frac{3}{4}$  желудка. Культи двенадцатиперстной кишки ушита атипично в 4 ряда и прикрыта