

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 рентгеноскопии 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.

Рентгеноскопия 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

капсулой поджелудочной железы. Сформирован анастомоз по Гофмейстер — Финстериеру.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы удалены на 12-й день. Заживление первичное. Больной полностью избавился от болей, начал нормально питаться. Прибавил в весе на 8 кг. Рентгеноскопия желудка через 6 мес. после операции показала хорошую функцию анастомоза.

Поступила 18 октября 1959 г.

ПЕРФОРАЦИЯ ВТОРОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ПЕРВОЙ

М. М. Кильдюшев, Х. А. Сибгатуллин

Шугуровская больница (главврач — Х. А. Сибгатуллин)
Лениногорского района ТАССР

Множественные язвы желудка сравнительно нередки. Значительно реже встречаются повторные перфорации язвы желудка. Н. Е. Дудко на материале в 618 больных встретил повторные прободения 4 раза, Н. С. Епифанов на 271 случай — 5, В. В. Жарова на 277 — 2.

Еще реже наблюдаются вторичные послеоперационные перфорации. Так, Н. Е. Дудко в 1945 г. собрал, по литературным данным, 12 случаев. По два случая с этим осложнением наблюдали В. П. Вознесенский, А. М. Брук (1946 г.), А. Г. Лидский и Л. Е. Норенберг-Чарквиани (1953 г.); по одному — И. И. Неймарк, Н. Н. Веселовзоров, П. И. Корзун, В. П. Охтмезури.

Вторичная послеоперационная перфорация язвы желудка явилась причиной смерти у одного нашего больного.

Б-ной С., 33 лет, поступил 16/XI-56 г. с диагнозом: «прободная язва желудка» — через 10 часов с момента перфорации. Болен язвенной болезнью желудка год. Не лечился.

Состояние тяжелое. Температура 38,4°, пульс 96, ритмичный, удовлетворительного наполнения. «Лицо Гиппократата» ясно выражено. Дыхание 26, поверхностное. Сердце и легкие — без отклонений от нормы.

Живот ладьеобразный, резко напряжен, в дыхании не участвует, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины резко выражены. Газы не отходят. Печеночная тупость не определяется. Через 1,5 часа после поступления больной оперирован.

В брюшной полости обильный мутный выпот с хлопьями фибрина. Брюшина отечна, гиперемирована, на желудке и прилежащих петлях кишечника покрыта фибринозными пленками. В препилорическом отделе желудка по малой кривизне прощупывается каллезная язва диаметром 1 см. Малый сальник и стенка желудка в этом месте покрыты фиброзными спайками. На задней стенке верхней трети тела желудка прободное отверстие диаметром 0,8 см. Последнее ушито двухрядным швом.

В течение первых пяти дней состояние больного быстро улучшалось: стали отходить газы, был стул, больной начал принимать пищу, хорошо спал. Температура — 37,4°, пульс — 80.

В ночь на шестой день почувствовал боль в подложечной области, появилась рвота цвета кофейной гущи; пульс — 92; икота; газы не отходят, дегтеобразный стул. В последующие дни состояние быстро ухудшалось.

Постоянное отсасывание желудочного содержимого, переливание крови, кровезаменителей (гидролизин-Л-103 и др.), сердечные средства и др. вызывали лишь кратковременное улучшение состояния больного.

На одиннадцатый день после операции больной скончался.

На вскрытии в брюшной полости около 1,5 литра жидкого гноя. В месте бывшей каллезной язвы в препилорическом отделе по малой кривизне большое прободное отверстие. Очевидно, лучшей профилактикой повторной перфорации при множественных язвах является первичная резекция желудка, если имеются для этого условия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенский В. П. Хирургия, 1949, 12. — 2. Дудко Н. Е. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и операция ушивания. М., 1945. — 3. Епифанов Н. С. В кн.: Вопросы хирургии желудка и пищевода, под ред. Е. Л. Березова, Горький, 1956. — 4. Корзун П. И. Сов. хир., 1935, 11. — 5. Лидский А. Г. и Норенберг-Чарквиани Л. Е. Хирургия, 1953, 7. — 6. Неймарк И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1958.

Поступила 7 декабря 1959 г.