

капсулой поджелудочной железы. Сформирован анастомоз по Гофмейстер — Финстереру.

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)
Ленингородского 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, крове-заменителей (гидролизин-Л-103 и др.), сердечные средства и др. вызвали 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.

К РАСПОЗНАВАНИЮ И УДАЛЕНИЮ КАМНЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. Г. Караванов, Л. Н. Попов, В. М. Волчек

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. А. Г. Караванов) Калининского медицинского института и Калининская областная больница (главврач — А. А. Соколов)

В клинической статистике камни поджелудочной железы занимают весьма скромное место. Так, по данным Н. И. Лепорского, к 1952 г. описано всего 306 таких наблюдений.

Чаще камни поджелудочной железы являются случайными находками на вскрытии. Их обнаруживают в протоках поджелудочной железы и их ветвях. За последнее время, благодаря усовершенствованию методов диагностики, прижизненное распознавание их участилось.

Мы представляем описание заболевания поджелудочной железы, сопровождавшегося образованием камней, которые были удалены.

Б-ной П., 50 лет, поступил 18/IX-59 г. с жалобами на боли в подложечной области после резких движений и через 20—30 мин после еды. Боли иррадиируют в грудную клетку, поясницу и правую руку. Изредка бывают рвоты слизистого характера, ощущения тяжести в подложечной области. Аппетит плохой. Считает себя больным с 1952 г. Лечился стационарно с диагнозом «хронический гастрит». С 1956 г. боли приняли приступообразный характер. С этого времени диагнозы менялись: язва двенадцатиперстной кишки, рак желудка, туберкулез лимфатических мезентериальных желез.

Курит. Изредка употребляет алкоголь.

Сердце и легкие без патологии. АД — 110/60. Живот мягкий, болезненный в подложечной области и правом подреберье.

Hb — 85%; Л. — 5700; с. — 43%, б. — 1%, э. — 2%, м. — 6%, л. — 47%. РОЭ — 6 мм/час. Диастаза — 16. Кальций в крови — 9,4 мг%. Сахарная кривая (проба с нагрузкой) — 100 мг%, через 0,5 ч. — 214 мг%, через 1 ч. — 194 мг%, через 2 ч. — 130 мг%, через 3 ч. — 100 мг%.

Рентгенологическое исследование: в брюшной полости сзади, в верхнем левом квадранте обнаружено скопление плотных, нечетких образований различной величины с локализацией в поджелудочной железе.

Клинический диагноз: камни поджелудочной железы.

6/X 1959 г. под местной анестезией с добавлением эфирно-кислородного наркоза произведена срединная лапаротомия (проф. А. Г. Караванов). При ощупывании поджелудочной железы в области ее головки обнаружены скопления камней. Попытка пройти через вирсунгианов проток после поперечного сечения двенадцатиперстной кишки не увенчалась успехом. При сдавливании головки поджелудочной железы из протока выделяется панкреатический сок с примесью извести. Произведено сечение в нижнем полюсе головки железы над местом скопления камней. Удалено 13 камней и много мелкого песка. Место сечения ушито двухэтажным швом. К этому месту подведены дренаж и тампон (удалены на 7-й день).

На 15-й день больной выписан в хорошем состоянии.

Правильная диагностика позволила произвести операцию, что принесло облегчение больному. Однако не исключается, что в междольковых протоках остались мельчайшие камни.

Камни поджелудочной железы встречаются у мужчин чаще, чем у женщин. Возраст больных в большинстве случаев — от 30 до 50 лет. Однако описаны случаи панкреолитиаза у ребенка 4 лет и у старика 80 лет.

Обычно камни бывают многочисленными, редко встречаются одиночные. Величина, вес и форма камней разнообразны: от песчинок до лесного ореха.

Различают два вида отложения солей извести в поджелудочной железе: в одних случаях — в протоках железы, в других — в самой ткани железы. Наблюдается и сочетание кальцификации железы с образованием камней в протоках. Чаще бывают камни в протоках.

В этиологии образования камней главную роль играет хронический катар протоков поджелудочной железы, сопровождающийся застоем и сгущением секрета. Указывают, что камни могут образоваться и без воспалительного процесса. Овенс и Говард придают алкоголю большую роль в возникновении камней. По их данным, через 6 лет от начала панкреатита на почве алкоголизма наблюдалась кальцификация железы. Имеются указания и на другие этиологические факторы: сифилис, атеросклероз, рак головки поджелудочной железы (А. С. Пипко и Я. З. Столяров, Овенс и Говард). Нарушение минерального обмена, зависящее от центральной нервной системы и паразитовидных желез, также может привести к образованию камней.

Камни состоят из органической основы, пропитанной углекислым и фосфорнокислым кальцием.