

Исследовано 102 больных (мужчин — 85, женщин — 17), из них 52 с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 29 — раком желудка и 14 с болезнью оперированного желудка, один с полипозом желудка, 3 с кардиоспазмом и 3 с рубцовым сужением привратника после химического ожога.

После поступления на 3—4-й день у каждого больного исследовалась кровь на свертываемость, кровоточивость, количество тромбоцитов, протромбиновое время по методу Ленинградского института переливания крови, реакция Таката-Ара или сулемовая проба, билирубин крови по методу Бокальчука, проба на синтез гиллуровой кислоты по методу Квика — Пытеля (у 60 больных), определялся уробилин в моче по Флорансу.

Мы считали функцию печени удовлетворительной при всех отрицательных показателях или при одном умеренно пониженном, умеренно нарушенной — при умеренном понижении двух проб или одной положительной и значительно нарушенной — при всех умеренно пониженных показателях проб или одном резко положительном. Удовлетворительная функция печени наблюдалась у 58, нарушенная — у 42, из которых значительно нарушенная была у 20.

Нарушение функционального состояния печени при заболеваниях желудка у большинства соответствовало тяжести клинического течения.

До операции больным с нарушенной функцией печени, помимо бромидов, снотворных, атропина, проводилось лечение, направленное на нормализацию функции печени (творог, сахар патошак, глюкоза внутривенно и в клизмах, инсулин под кожу 5—10 ед., витамины С, В, К). При повторных исследованиях некоторых функциональных проб печени отмечалось их улучшение за период консервативного лечения.

74 больным была сделана резекция желудка (52 — по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 13 — рака желудка, 8 — болезни оперированного желудка, 1 — полипоза желудка); пробная лапаротомия произведена 17 (из них 15 по поводу рака желудка, 2 — подозрения на рак желудка); 6 наложен гастроэнтероанастомоз (3 — по поводу болезни оперированного желудка, 3 — стеноза привратника на почве химического ожога), 3 произведены операции по поводу кардиоспазма (операции Микulichа — 1 и Геллер — Петровского — 2). Операции производились в большинстве случаев под местной анестезией, у 42 больных местная анестезия сочеталась с эфирным наркозом или закисью азота, у 8 под эфирно-кислородным наркозом.

Послеоперационный период в подавляющем большинстве случаев протекал гладко; у 10 были осложнения, причем у 7 они благополучно разрешились (у 5 — бронхопневмония, у 2 — инфильтрат послеоперационной раны). Трое больных умерли: двое от перитонита и один от тромбоза сосудов головного мозга.

После операции у значительного большинства больных отмечается отчетливое изменение в сторону ухудшения ряда функциональных проб печени. Даже под влиянием соответствующего лечения у части больных сохраняется нарушение функции печени на 10-й и 12-й дни после операции, а у некоторых и в более поздние сроки. Из этого следует, что у направляемых на операцию необходимо тщательно исследовать функциональное состояние печени, чтобы вовремя выявить латентную гепатопатию и провести соответствующие лечебно-профилактические мероприятия в до- и послеоперационном периоде.

Асс. Е. П. Замараев (Челябинск). О патогенезе и диагностическом значении перкуторной болезненности при язвенной болезни

Феномен перкуторной болезненности был описан Менделем в 1903 г. И. Я. Раздольский (1927, 1930) обнаружил болезненные зоны передней брюшной стенки при язвенной болезни и составил «карту» этих зон в надчревной области в определенных отделах.

Нами исследовано 244 больных язвенной болезнью и 28 — с другими заболеваниями желудка. Симптом перкуторной болезненности установлен у 236 (96,7%) и не обнаружен только у 8. У 6 из этих 8 больных были стенозы пилорического отдела желудка или начального отдела двенадцатиперстной кишки. У них симптомы моторной недостаточности желудка преобладали над болевыми симптомами. В тех наблюдениях, где обнаружена перкуторная болезненность, болевой симптомокомплекс был выражен.

В 91,8% расположение зон соответствовало схеме И. Я. Раздольского. У 3 больных нами установлено по две зоны перкуторной болезненности. У этих больных на операции обнаружено по две язвы: одна в двенадцатиперстной кишке, а другая — в желудке. В 8,2% зоны по расположению не соответствовали локализации язв, а на операции были обнаружены спайки в области желудка и двенадцатиперстной кишки. Спаечный процесс и пенетрация язв могут вызвать изменение расположения зон.

По нашему предположению, в рефлекторном процессе, который является основной патогенеза перкуторной болезненности, принимают участие все слои передней брюшной стенки, то есть кожа, подкожная клетчатка, мышцы и париетальная брюшина.

Асс. А. И. Шишкина (Казань). Заворот слепой кишки при 25-недельной беременности

К., 30 лет, 6/X ехала на грузовой машине по тряской дороге. Вечером стала испытывать боли в области пупка, носившие схваткообразный характер. В тот же день была госпитализирована в гинекологическое отделение с подозрением на угрожающий выкидыш при 25—26-недельной беременности.

9/X боли локализовались в области левого подреберья. К вечеру 10/X прекратилось отхождение стула и газов. 11/X больная переведена в хирургическое отделение с диагнозом кишечной непроходимости.

11/X состояние больной тяжелое. Пульс — 110. Тоны сердца глухие. Живот вздут, асимметричен, за счет выстояния опухоли в области левого подреберья. Справа живот мягкий, слева удается пропальпировать плотной консистенции болезненное образование. Печень не пальпируется. Матка соответствует 6,5-месячной беременности. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный.

В тот же день под местной новокаиновой анестезией произведена (А. И. Шишкина) срединная лапаротомия. В брюшной полости умеренное количество мутного выпота. Предлежит раздутая багрового цвета слепая кишка с надорванным во многих местах серозным покровом. Заворот слепой кишки на 360°. Произведена деторзия. Поперечно-ободочная кишка в спавшемся состоянии.

Послеоперационный период протекал тяжело. Превалировали явления перитонита. К концу дня 14/X наступили преждевременные роды, родился мертвый плод длиной 33 см. После родов состояние резко ухудшилось, усилились перитонеальные явления. Лишь 17/XI больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В январе 1959 г. больная вновь поступила в хирургическое отделение по поводу обширной послеоперационной грыжи с жалобами на колющие боли по всему животу. Без бандажа не может находиться в вертикальном положении из-за обширного грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца.

Живот расплатан. Обширный рубец между мечевидным отростком и пупком. Кожные покровы в области рубца истончены. Расхождение прямых мышц. Дефект передней брюшной стенки округлой формы 20×25 см.

30/1-59 г. произведена пластика передней брюшной стенки по Боголюбову (проф. Н. В. Соколов). Послеоперационный период протекал гладко. Выписана в удовлетворительном состоянии, трудоспособна.

Студ. Т. М. Ермохина (Чувашская АССР). Травма тонкого кишечника в пахово-мошоночной грыже

20/VII 1960 г. в 21 час 30 мин доставлен на машине С., 13 лет, с жалобами на боли в мошонке после падения с забора.

Состояние удовлетворительное. Видимые слизистые розового цвета. Пульс — 84, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. АД 100/80.

Небольшая (1×2 см) рана на правой стороне мошонки. Края раны ровные, слегка загрязненные частицами земли. Яичко не затронуто.

Произведена первичная обработка раны под местной анестезией и наложены швы. Введена противостолбнячная сыворотка.

На следующее утро жалобы на боли в брюшной полости и рвоту. Живот вздут, напряжен, в акте дыхания нижний этаж не участвует, симптом Блюмберга — Щеткина умеренно положительный, температура — $37,1^{\circ}$, язык обложен и суховат. Подозрение на разрыв тонкого кишечника и начинающийся перитонит.

Под местной анестезией произведены лапаротомия и ревизия органов брюшной полости (Ф. П. Григорьев). Петли тонкого кишечника спаяны между собой и покрыты фибринозным налетом, к ним припаян свободный край большого сальника. Межкишечные спайки разъединены, сальник также отделен и отсечен. На стенке тонкой кишки оказался кусочек хлопчатобумажной материи $1,5 \times 1,5$ см. Под материалом видимого на глаз разрыва кишечника нет. В правой подвздошной области и в малом тазу найдены кусочки коры вишневого дерева (3×4 см и 3×3 см). Определяется вход из брюшной полости в правую мошонку.

После операции состояние стало быстро улучшаться, и через 12 дней больной выписан.

У больного была пахово-мошоночная грыжа. Находящаяся в грыжевом мешке тонкая кишка приняла на себя удар острого сучка в момент падения больного и была вправлена в брюшную полость вместе с кусочком материала от трусов и корой дерева.