

Представляло интерес проследить, насколько стабильны обусловленные абдоминальным пелотированием сдвиги внутриплеврального давления. Для этих целей нами поставлены наблюдения над 10 больными со сравнительно продолжительной кимографической регистрацией его (в течение 10—15 минут). У этих больных одним наложением пелота или пелотированием в сочетании с поддуванием в разной последовательности была достигнута нейтрализация отрицательного внутриплеврального давления на выдохе. После регистрации исходного уровня внутриплеврального давления и его сдвигов под влиянием пелотирования и поддувания барабан кимографа оставляли на 10—15 минут. Затем продолжали запись кривой при наложенном и выключенном пелоте. Анализ кривых показал, что во всех наблюдениях установившийся после включения пелота и поддувания уровень внутриплеврального давления сохраняется в течение всего времени наблюдения. Выключение абдоминального пневматического пелота восстанавливало отрицательное давление в полости плевры.

Зависимость внутриплеврального давления от абдоминального пелотирования в настоящем сообщении представлена лишь в плане практических задач, возникающих при подготовке газового пузыря к торакоскопии и торакокаустике, выполняемых в условиях узко открытого пневмоторакса без анестезии рефлексогенных зон плевральной полости. В литературе подобных исследований мы не встретили. Как показали наши наблюдения, у большинства больных абдоминальное пелотирование влечет за собой возрастание внутриплеврального давления.

Количественные зависимости давлений на брюшную стенку и в плевральной полости представляются весьма сложными. Они определяются не только, а может быть, не столько механическими факторами, сколько физиологическими. Абдоминальное пелотирование меняет объемные отношения в плевральной полости опосредованно: изменение объема брюшной полости, смещение органов, содержащихся в ней, диафрагмы. На этом пути встречаются различные анатомические варианты, противодействие, связанное с тонусом мышц. Специально проведенные нами наблюдения при абдоминальном пелотировании показали смещение реберных дуг вверх, увеличение окружности грудной клетки, увеличение амплитуды дыхательных движений, некоторое изменение показателей функции легочно-сердечной системы. Эти наблюдения показали, что абдоминальное пелотирование является щадящим методом предоперационной нейтрализации отрицательного внутриплеврального давления. Произведенные кимографические и манометрические исследования с несомненностью свидетельствуют об эффективности метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал И. З. Пробл. туб., 1953, 6; Сб. научн. раб. Казанского мед. ин-та. Казань, 1957; Пробл. туб., 1959, 5.

Поступила 16 января 1961 г.

ПОДВЕСНАЯ ЭНТЕРОСТОМИЯ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Г. И. Волков

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. С. И. Ворончихин)
Ижевского медицинского института

Благодаря ранней диагностике, оказанию своевременной квалифицированной помощи, широкому применению антибиотиков за последние годы при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости значительно снизилось число осложнений перитонитом, но все же они и теперь занимают одно из ведущих мест среди причин смерти больных.

Из мероприятий, направленных на снижение послеоперационной летальности при перитоните, немалое значение, по нашему мнению, имеет искусственный тонкокишечный свищ (энтеростомия).

Известно, что при перитонитах парализуется двигательная функция кишечника, наступает стаз кишечного содержимого. Резко нарушается всасывательная функция раздутого кишечника, особенно плохо всасываются газы, они раздувают кишечник; растянутая стенка становится проходимой для кишечной флоры. Несмотря на значительное повышение давления внутри тонкого кишечника, содержимое его не может продвигаться дальше из-за отсутствия перистальтики.

Единственной спасительной операцией при угрожающих жизни состояниях может оказаться энтеростомия. Она минимально травматична, дает возможность в значительной мере эвакуировать в высокой степени токсичное содержимое кишечника.

Одна отрицательная сторона этой операции — возможность в последующем образования губовидного свища, который требует иногда оперативного закрытия. Обычно свищ накладывается на первую попавшуюся раздутую петлю тонкого кишечника, так

как тяжелейшее состояние больного не позволяет искать желаемый терминальный отдел.

Более полное опорожнение кишечника будет достигнуто, если свищ будет наложен на терминальный отдел, и менее эффективным — если на начальный отдел той же кишки.

К подвесной энтеростомии мы прибегаем строго по жизненным показаниям. Всего оперировано с 1954 г. по настоящее время 17 человек. Все они до наложения кишечного свища были на грани смерти, что дает право категорически утверждать, что у 13 больных переломным моментом в благоприятную сторону послужила энтеростомия.

У больных до наложения кишечного свища была ясно выражена картина перитонита. Наряду с резким вздутием живота, отсутствием перистальтики кишечника, учащенным и слабым пульсом, признаками раздражения брюшины, были значительные изменения крови (ускоренная РОЭ, у 13 больных она превышала 40 мм/час, лейкоцитоз, у 15 больных было свыше 17 тыс. лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 9 больных).

Подвесная энтеростомия нами наложена при перитонитах самой разнообразной этиологии. Больные были в возрасте от 6 до 63 лет. Свищи у 4 больных были наложены лапаротомно в правой подвздошной области, у 10 — в левой и у 3 — через срединный разрез. Операции проведены под местным обезболиванием. Предварительно на петлю накладывался кисетный шов, затем в центре его вскрывался проколом при помощи скальпеля просвет кишки и вставлялась резиновая трубка диаметром 0,7—0,8 см. Для лучшей фиксации на конец дренажа, отступя на 2 см, надевалась резиновая муфта шириной около 0,7 см, которая погружалась в просвет кишки. Последующее затягивание кисетного шва прочно фиксирует трубку в нужном положении. Петля кишки обычно вплотную соприкасается с париетальной брюшиной, и если дополнительно ниткой кожного шва фиксировать трубку, то этого бывает достаточно для прочного удержания ее на месте. Иногда трубка на 4—5 день операции самостоятельно выпадала, как это было у 6 больных, но это не сказалось отрицательно на дальнейшем течении, ибо содержимое продолжало свободно выделяться через открытую рану. В остальных случаях трубка удалялась на 7—8 день, после чего на рану накладывалась мазевая повязка.

Вскоре после наложения кишечного свища, наряду с улучшением общего состояния, изменялись и показатели крови, это в первую очередь касается количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, которые на 3—4 день операции возвращались обычно к норме. К моменту выписки значительно повышалось содержание гемоглобина, лишь РОЭ у многих оставалась ускоренной.

После операции умерли 4 человека. Один из них умер на 3-й день после энтеростомии от упадка сердечной деятельности; одна больная, оперированная по поводу осложненной ущемленной грыжи, умерла на 4 сутки после резекции кишечника и через 12 часов после наложения кишечного свища. Ребенок умер через сутки после наложения свища от интоксикации. Одна больная умерла через месяц от сепсиса.

У 7 больных свищ закрылся самостоятельно в течение 17—26 дней. У 6 больных свищи были ликвидированы оперативно через месяц путем клиновидной резекции участка тонкой кишки с последующим ушиванием.

Из приведенных 17 больных 8 оперированы в клинике, остальные — в районных больницах Удмуртской АССР — автором и сотрудниками клиники.

Следует отметить, что при послеоперационных перитонитах любой этиологии, когда консервативные мероприятия не дают положительного эффекта, подвесная энтеростомия в большинстве случаев дает хорошие результаты.

Поступила 2 января 1961 г.

ОПЫТ ПЕРЕСАДКИ МОЧЕТОЧНИКОВ В КИШЕЧНИК

Канд. мед. наук А. А. Айдаров и Р. Г. Альбекова

Кафедра урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской больницы (главврач — Н. И. Полозова)

При пересадке мочеточников в кишечник основными осложнениями являются восходящая инфекция, перитонит, развитие гуморального синдрома гиперхлоремического ацидоза и появление рефлюкса, доминирующее значение в развитии которого имеют нейрогенные факторы, связанные с травмой и нарушением иннервации устьев мочеточников.

Проблема пересадки мочеточников в кишечник приобретает особую значимость в связи с вопросом о лечении злокачественных опухолей мочевого пузыря, врожденных аномалий развития мочевого пузыря (экстрофия мочевого пузыря), а также при неоперабельных облитерациях уретры и пузырновлагалищных мочевых свищах у женщин.