

одного больного. В то же время с помощью прокола брюшной стенки мы получили газ у 17 больных.

Мы считаем, что описанная методика абдоминальной пункции может оказать незаменимую услугу при распознавании прободений полых брюшных органов там, где рентгенологически воздух определить не удается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиев А. А., Алиев А. Р. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1950, 1. —
2. Денн О. О., Пчелина Е. А. Вестн. хир. и погран. обл., 1935, т. XXXIX, кн. 110—111. —
3. Керимова Е. С. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1958, 5. —
4. Розанов Б. С. Хирургия, 1953, 7. —
5. Лорие И. Ф. Болезни кишечника. Медгиз, М., 1957. —
6. Шуринок А. Р. Хирургия, 1939, 10. —
7. Жлоба А. Ф. Клин. хир., 1962, 9. —
8. Iselin M. Helv. chir. Acta, 1962, 29, 4, 418—437. —
9. Jacobson G., Garter R. Am. J. Roentgenol., 1951, 66, 52—64. —
10. Ficarra B. I. Am. J. Gastroent., 1955, vol. 23, p. 55.

УДК 616—007. 253—616. 34

НОВЫЙ ОБТУРАТОР ДЛЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Г. А. Измайлов

Первое хирургическое отделение республиканской больницы (главврач — канд. мед. наук Н. Я. Назаркин) Мордовской АССР

Различают врожденные и приобретенные наружные кишечные свищи. Они возникают у некоторых больных как осложнение после различных оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте. Иногда они образуются в результате острых и хронических воспалительных процессов органов брюшной полости и ее стенок. В последние годы их стали чаще накладывать с лечебной целью при непроходимости кишечника, перитоните (подвесная энтеростомия) и др.

Кишечные свищи, особенно высокие отделов кишечного тракта, сопровождаются выделением большого количества содержимого. При этом происходит потеря питательных веществ и жидкости. Нередко больные быстро теряют в весе, и свищ настолько усугубляет основное заболевание, что может явиться причиной летального исхода.

Большинство трубчатых свищей закрывается самостоятельно и быстро заживает. Однако часто встречаются свищи переходной формы — трубчато-губовидные, которые не заживают длительное время.

При консервативном лечении кишечных свищей большое распространение получили обтураторы, применяемые для временной или постоянной закупорки свища с целью предупреждения вытекания кишечного содержимого и обеспечения нормального пассажа его.

При губовидных свищах обтуратор, как правило, служит для подготовки больного к операции, во время которой обтуратор удаляют. При трубчатых и переходных формах кишечных свищей, заживающих зачастую без оперативного вмешательства, удалить его не представляется возможным, а оставлять в просвете кишки опасно (может возникнуть пролежень, закупорка просвета кишки и пр.). Поэтому мы с 1959 г. стали применять несколько видоизмененный обтуратор, который состоит из двух резиновых пластинок, выкроенных из резиновой перчатки. Ширина пластинок должна быть в два раза больше диаметра наружного отверстия свища. Тонкую деревянную планку, по длине равную наибольшему диаметру резиновых пластинок, вкладывают между ними и закрепляют отдельными швами. В центральной части резиновые пластинки прошивают шелковой нитью с захватом деревянной планки. Резиновую часть обтуратора свертывают в трубочку и концом вставляют в свищ. Выходящие из свища нитки нагигивают и устанавливают обтуратор так, чтобы он удерживался краями свища в просвете кишки. Снаружи на свищевое отверстие помещают еще деревянную планку (в два раза длиннее диаметра наружного свищевого хода) и над ней завязывают нити заслонки. Резиновые пластинки под влиянием внутрикишечного давления расправляются и препятствуют выделению кишечного содержимого. Мацерированную поверхность вокруг свища смазывают цинковой мазью или засыпают прокаленным гипсом. Круговых повязок накладывать не следует.

Необходимо отметить, что больные быстро начинают прибавлять в весе, у них нормализуется стул, мацерация кожи исчезает. Трубчатые и переходные формы кишечных свищей полностью закрываются в сроки от двух до шести недель. Как только наступает заживление свища, нитку, фиксирующую обтуратор, ниже наружной деревянной планки обрезают, и обтуратор, оставшийся в просвете кишки, вместе с кишечным содержимым выходит естественным путем.

Положительный результат достигается комплексным лечением кишечных свищей (борьба с дерматитом, обезвоживанием и истощением, атрофией дистального отдела кишки, соблюдение диеты и пр.).

Из 13 больных с кишечными свищами, которые лечились в хирургических отделениях республиканской и районных больниц, у 10 либо свищи полностью закрылись, либо общее состояние больных настолько улучшилось, что позволило произвести оперативное закрытие свища.

По нашему мнению, подобные obturatory должны найти широкое применение для лечения больных с кишечными свищами как самостоятельный или как вспомогательный метод, а также для подготовки больных к оперативному закрытию свищей.

Простота изготовления вышеописанного obturatory дает возможность применять его в любых условиях.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

УДК 616. 9

К. В. Бунин. Диагностика инфекционных болезней. «Медицина», М., 1965

В настоящее время назрела необходимость снабдить врачей инфекционистов и терапевтов, а также студентов медицинских институтов хорошим руководством по диагностике инфекционных болезней. Появление в свет книги К. В. Бунина, одного из авторитетнейших инфекционистов, соответствует этой потребности.

Рецензируемая книга объемом в 439 страниц включает в себя одну общую и 7 специальных глав, посвященных диагностике и дифференциальной диагностике 84 инфекционных болезней. Подробно описана клиническая симптоматология раннего периода болезни и ее динамика. Для наглядности автором составлены 24 оригинальные дифференциально-диагностические таблицы, диаграммы симптомов и температурных кривых, а также помещен ряд иллюстраций, в том числе цветных рисунков, облегчающих быструю ориентацию врача-клинициста в сложных вопросах дифференциальной диагностики инфекционных болезней.

Наряду с описанием ранних клинических признаков дана оценка важнейших лабораторных диагностических исследований. Приводятся материалы по диагностике малоизвестных широкому кругу врачей инфекционных болезней (орнитозы, мелиоидоз, болезнь Борнхольма и др.).

При изложении материала автор широко использовал исследования, выполненные коллективом руководимой им кафедры, а также данные мировой литературы. Нужно подчеркнуть, что автор сумел отразить все особенности современного течения отдельных инфекционных болезней, клиника которых в значительной степени изменилась за последние годы.

Первая глава знакомит читателя с общими принципами диагностики инфекционных болезней. К сожалению, ограниченность объема не позволила автору более подробно остановиться на этих вопросах. Однако включение в руководство данной главы даже в таком ее объеме нужно считать весьма целесообразным с дидактической точки зрения, имея в виду необходимость подготовки студентов и врачей к сознательному пониманию сущности диагноза инфекционных болезней.

Очень богатый клинический и лабораторный материал приводится в частных разделах рецензируемого руководства (главы II—VIII), вплоть до диагностики осложнений, требующих неотложной терапии при инфекционных болезнях.

На общем фоне богатого по своему содержанию руководства имеются все же некоторые дефекты.

Так, отдельные описания частных нозологических форм представлены неодинаково полно. Если большинство глав написано с исчерпывающей полнотой (в особенности главы о брюшном тифе, ботулизме, бруцеллезе и т. д.), то некоторые (пищевые токсикоинфекции стафилококковой этиологии, протейзм, токсоплазмоз, инфекционный мононуклеоз) желательнее было бы пополнить в связи со значимостью этих инфекций для практического врача. Некоторые разделы (например, посвященные эндемическому сыпному тифу, пятидневной лихорадке) чрезмерно сжаты.

Недостаточно освещен вопрос о хронической дизентерии, в частности отсутствует дифференциальная диагностика ее со сходными заболеваниями. При изложении амёбиаза фиксировано внимание на острых формах заболевания и лишь мельком сказано о хронических, которые наблюдаются значительно чаще в умеренных и в более северных широтах.

Имеются отдельные, хотя и редкие, досадные опечатки.

Следует отметить ясный литературный язык, которым написано руководство. Краткий список справочной литературы, приводимый в конце книги, охватывает данные по 1964 г. включительно.