

общепринятой методике, пероральный прием жидкости разрешаем с 4-го дня. Первые глотки воды даем с разведенным в ней неомицином (500 000 ЕД на стакан кипяченой воды) чайными ложками.

Нами радикально прооперировано 6 женщин и 19 мужчин в возрасте от 29 до 68 лет. Все операции произведены по поводу рака, под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с релаксантами. У 13 больных опухоль располагалась в кардиальном отделе желудка, при этом у 8 было поражение абдоминального отдела пищевода. У 3 больных было поражение верхней трети желудка в области малой кривизны, у 9 — почти тотальное поражение, у 3 — с прорастанием в абдоминальный отдел пищевода.

Две гастрэктомии с резекцией нижней трети грудного отдела пищевода выполнены комбинированным чрезбрюшинно-плевральным доступом. У 2 больных сделана резекция проксимальных  $\frac{2}{3}$  желудка с наложением эзофагогастроанастомоза чрезбрюшинным доступом, у одного — чрезплевральная резекция проксимального отдела желудка и нижней трети грудного отдела пищевода. У 20 больных гастрэктомия выполнена чрезбрюшинным доступом. Значительно облегчает операцию этим доступом использование расширителя-подъемника реберных дуг, сконструированного М. З. Сигалом и К. В. Кабановым. При мобилизации абдоминального отдела пищевода чрезбрюшинным доступом у 9 больных сделана сагиттальная диафрагмотомия с круротомией. У 23 больных у культи двенадцатиперстной кишки обрабатывалась механическим танталовым швом, у двух — обычным ручным методом. Провизорный танталовый шов на пищевод был наложен у 20 больных. Полихлорвиниловую трубку вводили в поддиафрагмальное пространство во всех случаях чрезбрюшинных вмешательств, за исключением одного.

Умерло 2 больных. У одного больного после гастрэктомии абдоминальным доступом смерть наступила на 4-й день от перитонита в верхнем этаже брюшной полости без несостоятельности швов анастомозов. Второй больной после гастрэктомии и резекции нижней трети пищевода комбинированным чрезбрюшинно-плевральным доступом погиб на 12-й день после операции от двухсторонней сливной крупноочаговой пневмонии, развившейся на фоне токсического последствия химиотерапии нифуроном, проходимой перед операцией. На вскрытии явлений недостаточности пищеводно-кишечного соустья, располагавшегося интраплеврально, не обнаружено.

У двух больных наблюдались осложнения в послеоперационном периоде: у 1 была спасенная кишечная непроходимость и у 1 — местный перитонит. После ранних релапаротомий у обоих наступило выздоровление.

Отсутствие летальных исходов от недостаточности пищеводно-кишечного (желудочного) анастомоза, простота предлагаемых деталей техники, а также отсутствие риска при использовании перечисленных приемов позволяют рекомендовать их для практического применения.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШЕЧНИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ МЕТОДОМ ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННОЙ АНГИОСКОПИИ

*Студ. З. М. Сигал*

*Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

О жизнеспособности кишки судят по косвенным признакам —цвету, наличию перистальтических движений, внешнему виду и пульсации сосудов брыжейки. Однако они далеко не всегда отражают состояние кровотока в стенке кишки. Пальпаторное и визуальное определение пульсации сосудов брыжейки кишки не всегда удается. Не исключена возможность нарушения кровотока в интрамуральных сосудах кишки при сохранении его по брыжеечным сосудам в соответствующей области. Непосредственное определение кровоснабжения кишки возможно путем трансиллюминационного исследования кровотока (М. З. Сигал, 1962, 1964). На основе этого метода мы разработали вариант определения внутристеночного кровотока кишки. Работу проводили на 8 собаках. Использовали методику внутри- и внеполостной трансиллюминации. Без введения контрастных веществ виден весьма детальный рисунок сосудов субсерозной, подслизистой и слизистой сетей.

Предлагаемый нами способ сводится к следующему. За петлю кишки заводится осветитель — лампочка (6 в), соединенная посредством проводов с понижающим трансформатором, используемым для эндоскопии. Петля несколько растягивается воздухом, который перемещают к ней из соседних отделов или нагнетают баллоном Ричардсона. При этом получают четкое изображение внутристеночных сосудов исследуемого отдела кишечника. Затем у основания петли сдавливают между пальцами вступающие в нее сосуды и брыжейку. Таким образом прерывают кровоток. Далее.

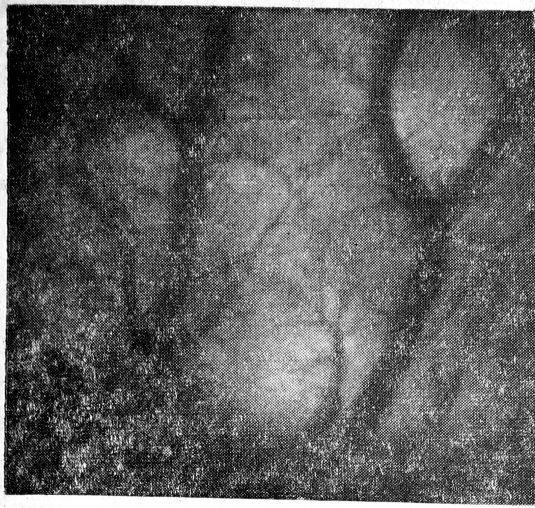


Рис. 1. Трансиллюминационная ангиограмма кишки.



Рис. 2. Сосуд подслизистого слоя после сжатия брыжейки и постепенного уменьшения давления. Визуально определяется пульсирующая струя крови.

несколько уменьшая давление, наблюдают заполнение сосудов в виде пульсирующей струи, что указывает на полноценность внутривенного кровотока (рис. 1 и 2).

После перевязки а. геста сжатие брыжейки не сказывалось на состоянии интрамуральных сосудов. Не было получено также пульсирующей струи при уменьшении давления.

Предлагаемый нами способ может быть дополнением к уже описанным приемам трансиллюминационного определения внутривенного кровотока.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М. З. *Вопр. онкол.*, 1962, 12; Трансиллюминация при операциях на желудке. *Медицина*, М., 1964.

УДК 616.34—007.43—031:611.981

## МОДИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ

*Б. М. Голосов*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института*

Ввиду общезвестных недостатков, присущих «бедренным» способам грыжесечения, мы остановились на паховом методе Парлавецchio. После вскрытия пахового канала и удаления переведенного в паховую область грыжевого мешка внутреннюю косую и поперечную мышцы живота подшивают к куперовой и пупартовой связкам. При этом закрывается начальная часть бедренного канала и восстанавливается передняя стенка пахового канала. Положительную оценку способу Парлавецchio дали И. И. Греков, Б. К. Осипов, Г. Ф. Петрашевская. Однако, с нашей точки зрения, он не лишен недостатков. При закрытии грыжевых ворот сшиваются неоднородные ткани — мышцы и связки; низведение внутренней косой и поперечной мышц живота к лонной кости осуществляется с натяжением, в результате сращение тканей оказывается недостаточно прочным, основная часть мышц в силу упругости может отойти в первоначальное положение, к тому же натянутые мышцы могут подвергнуться разволокнутию, что приводит к образованию дефекта в мышечной ткани и ослаблению паховой области; культи грыжевого мешка остаются у бывших грыжевых ворот, и всякое повышение внутрибрюшного давления, передающееся на культи, будет способствовать растяжению мышечно-апоневротического рубца и возникновению рецидивов. Таким образом при операции по Парлавецchio сохраняются предпосылки к рецидиву грыжи.