

щих глубину анестезии, сохраняют свое значение лишь три: корневой рефлекс, слезотечение и реакция дыхания на манипуляции в рефлексогенных зонах.

2. Особое значение приобретают пульс и кровяное давление. Анализ динамики этих показателей позволяет делать практические выводы о течении наркоза и необходимых корректирующих мероприятий.

3. Наш опыт применения потенцированного наркоза позволяет дать весьма положительную оценку этому методу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев Г. П. Ученые записки 2-го МГМИ, Москва, 1957, т. X.—2. Казанский В. И., Расстригин Н. Н. Хирургия, 1958, 6.—3. Макаренко Т. П., Нечаев Ю. Б. Хирургия, 1958, 6.—4. Малышев В. Д. Сб. Актуальные вопросы анестезии. ЦИУ, Москва, 1957.—5. Шанин Ю. Н. Вест. хир. 1958, 7.

Поступила 18 апреля 1959 г.

ПЕРЕВЯЗКА СОСУДОВ КОРНЯ ЛЕГКОГО В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА ПРИ ПНЕВМЭКТОМИИ

И. З. Сигал

Курс туберкулеза (зав.—проф. Б. Л. Мазур) Казанского медицинского института и противотуберкулезный диспансер Тат. АССР (главврач—З. М. Кутуева).
Консультант—проф. Ю. А. Ратвер

Метод отдельной обработки элементов корня легкого при пневмэктомии является общепринятым. При этом выделяют и перевязывают сосуды легкого в корне и средостении, что удается относительно легко при отсутствии выраженных склеротических и воспалительных изменений в клетчатке и лимфатических узлах. Однако, патологический процесс (воспалительный и опухолевый) нередко поражает клетчатку корня легкого, в него вовлекается адвентиция сосудов. Выделение легочной артерии, легочных вен при этом чревато опасностью их повреждения и нередко—рочного кровотечения на операционном столе.

Доступ через полость перикарда к сосудам корня легкого облегчает в таких условиях индивидуальную обработку. При уже возникшем кровотечении из легочной артерии или ее ветвей при экстраперикардальном их выделении в ряде случаев только интраперикардальная перевязка артерии дает возможность справиться с ним.

В настоящем сообщении представлены два случая, когда для перевязки сосудов корня легкого потребовалось вскрытие перикарда.

Б-ной Ю. М., 24 лет, поступил в хирургическое отделение Республиканского противотуберкулезного диспансера 7 декабря 1955 г. Диагноз: левосторонний неэффективный искусственный пневмоторакс, по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, БК +.

В связи с неэффективностью антибактериальной терапии и лечебного пневмоторакса больному решено произвести операцию—верхнюю лобэктомию слева.

1/II-56 г. операция под местной инфильтрационной анестезией 1/4% раствором новокаина после вагосимпатической блокады на стороне операции. Выделение доли происходит с большими трудностями в связи с очень плотными сращениями в области средостения и по междолевой борозде. При препаровке в верхнем отделе междолевой щели повреждена ветвь легочной артерии. Для временной остановки кровотечения наложен зажим. Продолжено выделение ветвей легочной артерии в междолевой щели. Верхняя легочная вена и бронх обработаны типично. Доля удалена. Выделение основного ствола левой легочной артерии было рискованным из-за резких склеротических изменений клетчатки вокруг него. Попытка наложить лигатуру на поврежденную ветвь легочной артерии привела к соскальзыванию зажима и бурному кровотечению. Состояние больного резко ухудшилось, появились судороги, наступила остановка сердца, затем и дыхания. Кровотечение с большим трудом остановлено прижатием кровоточащего места пальцем, а затем грубо наложен зажим. Больному срочно в аорту перелито 20 мл крови, усилено внутривенное переливание крови. Вскоре состояние больного улучшилось, артериальное давление установилось в пределах 80—70. Для окончательной остановки кровотечения из легочной артерии, захваченной в зажиме, решено перевязать ее интраперикардально. Перикард вскрыт продольным разрезом, длиной 6 см позади диафрагмального нерва над легочной

артерией. После рассечения задней стенки перикарда у нижней полуокружности легочной артерии позади нее проведен зажим Федорова, конец которого выведен над верхним краем артерии в полости перикарда. Через проложенный таким образом туннель проведена шелковая лигатура, которая и была завязана. Зажим с артерией снят, небольшое кровотечение остановлено наложением лигатуры. Операция закончена без дренажа плевральной полости.

В послеоперационном периоде у больного была длительная лихорадка, увеличилось количество выделяемой мокроты. Комбинированное применение антибиотиков привело к постепенному улучшению общего состояния больного, нормализации температуры тела. Через 30 дней после операции больной был выписан для санаторного лечения с небольшой апикальной остаточной полостью.

Через три года после операции состояние больного вполне удовлетворительное, жалоб не предъявляет, кашель редкий, мокроты не выделяет, стойко абациллярен. Работает; одышки, сердцебиения нет. При рентгено-томографическом исследовании выраженные плевральные наложения в верхнем отделе плевральной полости слева, высокое стояние и ограничение подвижности левого купола диафрагмы.

В этом наблюдении при уже возникшем кровотечении из легочной артерии закрытие просвета ее в полости перикарда явилось единственным средством остановки смертельно опасного кровотечения. Вынужденное выключение главного ствола легочной артерии при лобэктомии не сказалось отрицательно на ближайших результатах операции. Отдаленные результаты вмешательства указывают на допустимость этого, вопреки литературным данным.

В другом случае перикард был вскрыт для перевязки легочных вен.

Б-ная З. А., 24 лет, поступила в хирургическое отделение Республиканского диспансера 3/1-57 г. по поводу левостороннего фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Больной 11/III-57 г. был произведен верхний экстраплевральный пневмоллиз слева. Операция оказалась неэффективной. Состояние больной продолжало ухудшаться, постоянно сохранялось bacillo выделение, количество мокроты — до 60 мл в сутки, иногда зловонная.

Добиться компенсации процесса при помощи длительной антибактериальной терапии и постельного режима не удалось. Температура тела периодически субфебрильная. Пульс — 86. Укорочение перкуторного звука над левым легким почти на всем протяжении, на фоне бронхиального дыхания большое количество разнокалиберных влажных хрипов, больше сзади, ниже угла лопатки. Жизненная емкость легких — 1400 мл. При рентгено-томографическом исследовании легких отмечается смещение сердца и средостения влево, почти тотальное затемнение левого легкого с множественными просветлениями в верхнем отделе. Небольших размеров верхушечный экстраплевральный пневмоторакс с утолщенными стенками. Диагноз: левосторонний хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких, ателектаз верхней доли, обсеменение нижней доли.

Левосторонняя пневмонэктомия (10/III-57 г.), выполненная под местной инфильтрационной анестезией 1/4% раствором новокаина, была технически трудной из-за обширных рубцовых плевральных сращений на всем протяжении плевральной полости. Острым путем разрушены рубцовые ткани впереди корня легкого и по верхнему его полюсу. Выделены легочная артерия и легочные вены. Первая обработана типично, с прошиванием центрального отрезка. Экстраперикардальная часть легочных вен оказалась короткой (1 см).

Выделение ветвей вен в корнях долей легкого было рискованным из-за склеротических и воспалительных изменений вокруг них. Чтобы надежно закрыть просвет легочных вен и избежать непоправимых осложнений, решено их перевязать трансперикардиально. Перикард вскрыт продольным разрезом позади диафрагмального нерва над корнем легкого. Затем перикард рассечен по нижнему краю верхней и нижней легочных вен. Лигатура при помощи зажима проведена через сделанные отверстия в задней стенке перикарда над верхним краем нижней и верхней легочных вен. Вторая лигатура наложена вне полости перикарда. Так как лигатуры на венах были фиксированы в задней стенке перикарда, необходимость в прошивной лигатуре отпала. Дефект в перикарде ушит двумя швами, так как из его полости отмечалось выпадение уха левого предсердия.

Послеоперационный период протекал гладко. Через две недели после операции у больной наблюдался приступ сердечной слабости, ликвидированный внутривенным применением строфантина с глюкозой и эвакуацией экссудата из плевральной полости.

Через полгода после операции состояние больной вполне удовлетворительное, кашля и мокроты нет, температура нормальная. Жизненная емкость легкого — 1700 мл. После длительной ходьбы отмечает сердцебиение. Рентгенологически — фиброторакс слева.

Мы полагаем, что трансперикардиальный доступ к сосудам корня легкого имеет преимущества перед интраперикардиальным, так как при первом все манипуляции по выделению и обработке сосудов производятся под контролем зрения. При интраперикардиальном доступе проведение лигатуры позади сосудов производится всле-

ую, что нельзя считать безопасным. При этом доступе, однако, лигатура оказывается фиксированной в листке перикарда, и необходимость в прошивной лигатуре отпадает. Во втором нашем наблюдении мы фиксировали лигатуру в заднем листке перикарда по верхнему краю легочных вен, но выделение их произвели в основном трансперикардиально. Таким образом, использованы положительные стороны обоих доступов — интраперикардиального и трансперикардиального.

Представленные наблюдения подтверждают литературные данные о целесообразности интра- и трансперикардиальной перевязки сосудов корня легкого для предупреждения возможного кровотечения и воздушной эмболии при экстраперикардиальном их выделении и ликвидации уже возникшего кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М. Пневмоэктомии и резекции легкого при туберкулезе, М., 1957.— 2. Куприянов П. А. Техника радикальных операций. Гнойные заболевания легких и плевры. Под ред. П. А. Куприянова, Л., 1955.— 3. Михайлов С. С. Околосердечная сумка. Хирургическая анатомия груди. Л., 1955.— 4. Сергеев В. М. Хирургическая анатомия сосудов корня легкого. М., 1956.— 5. Стручков В. И. Хирургия хронических гнойных заболеваний легких. М., 1958.— 6. Тропов Г. Н. Нов. хир. арх., 1958, 2.— 7. Шапкин В. С. Хирургия, 1954, 5.

Поступила 6 октября 1958 г.

К ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛУДОЧНО-ОБОДОЧНОГО СВИЩА

Р. Д. Анисимов

Из районной Дрожжановской больницы ТАССР

Ведущим методом в диагностике желудочно-ободочного свища является направленное рентгенологическое исследование с обязательной ирригоскопией. По Е. Л. Березову, это необходимо у всякого гастроэнтеростомированного больного, даже если в анамнезе и не было симптомов пептической язвы тощей кишки, но имеются отрыжки или поносы.

Однако, несмотря на совершенную технику рентгеновского исследования, проблема не может считаться окончательно решенной. Узкие, а тем более периодически функционирующие фистулы подчас не распознаются и при ирригоскопии, поскольку не всегда удается создать контрастной клизмой давление, необходимое для ретроградного заполнения через фистулу желудка и толстых кишок. Появившиеся у больного позывы вынуждают прекратить дальнейшее введение контрастной взвеси. Это же относится и к применяемым иногда „цветным клизмам“.

За период 1956—58 гг. мы имели возможность наблюдать двух больных с желудочно-ободочными свищами, развившимися после операции заднего гастроэнтероанастомоза по поводу язвенной болезни желудка. Наряду с рентгенологическим исследованием, мы воспользовались инсuffляцией кишечника, предложенной ранее как вспомогательный метод при диагностике заболеваний органов брюшной полости. Возможность значительного повышения давления в толстой кишке в сочетании с хорошей проходимостью воздуха через узкие отверстия и сравнительной легкостью обнаружения его в желудке позволяют получить вполне удовлетворительные результаты при диагностике желудочно-ободочной фистулы. Последующая рентгеноскопия уточняет положение свища и степень вовлечения в процесс поперечной кишки.

Инсuffляция проводится по методике, описанной Н. Д. Стражеско, обычным двойным резиновым баллоном с наконечником в положении больного на спине, лучше на татак. Предварительной очистки кишечника обычно не требуется. В нормальных условиях после вдувания воздуха вздувается только толстый кишечник, подчас четко контурируясь через брюшную стенку, а конфигурация подложечной области почти не меняется. При свище вслед за толстой кишкой начинают вздуваться желудок и тонкий кишечник, до более или менее равномерного округления всего живота. У одного больного поступление воздуха в тонкий кишечник было заметно через истонченную брюшную стенку по округлению и видимой перистальтике кишечных петель. Рукой, фиксирующей поперечную кишку у левого реберного края, удается ощутить урчание проходящего через фистулу воздуха. Обычно после того как больной садется, появляется каловая отрыжка очень большими количествами воздуха, исходящего непрерывной струей. Если предварительно ввести в желудок тонкий зонд, опустив его конец в стакан с водой, то обнаруживаются уже первые порции попавшего в желудок воздуха.

У обоих больных диагноз свища подтвержден последующим рентгенологическим исследованием.