

пую, 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 трансперикардially. Таким образом, использованы положительные стороны обоих доступов — интраперикардially и трансперикардially.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М. Пневмоэктоми 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 левом боку. 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 сидит, 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.

1. Б-ной З., 55 лет, поступил в больницу 7/X-56 г. без точного диагноза. Жалобы на нерезкие боли в подложечной области, постоянного характера, поносы после обильной еды и погрешностей в диете, „плохие“ отрыжки, отеки. С 1938 г. страдал язвой двенадцатиперстной кишки, в 1951 г. оперирован, о характере операции сообщить ничего не может. До 1955 г. чувствовал себя удовлетворительно, затем появились боли в животе, отрыжка и прогрессивное ухудшение состояния.

Больной высокого роста, худ, кожа бледная, с землистым оттенком, на ногах умеренные отеки. Легкие эмфизематозны, выслушивается большое количество сухих хрипов, тоны сердца глухие. Конфигурация живота не изменена, по средней линии от мечевидного отростка до пупка тонкий операционный рубец. Умеренная мышечная резистентность у левого подреберья. Сигмовидная кишка в левой подвздошной ямке, расширена, дает необильное урчание, болезненна. Поперечная кишка не прощупывается. Слепая кишка болезненна, при ощупывании дает обильное урчание с хлюпающим оттенком, подвижна. Нижняя граница желудка при перкуторной пальпации определяется на 3 см выше пупка, в проекционной фигуре желудка у нижней границы его, влево от средней линии, прощупывается болезненная плотная опухоль с грецкий орех, обладающая респираторной подвижностью. Печень у края реберной дуги, край уплотнен, селезенка не прощупывается, почки тоже.

Рентгеноскопия. Желудок в форме крючка с нормальной емкостью. Складки слизистой утолщены, извилисты, эвакуация через привратник и задний анастомоз. Отверстие анастомоза сужено, ему соответствует пальпаторно найденная опухоль. Луковица двенадцатиперстной кишки значительно деформирована, почти не смещается.

Инсуфляция. Ясно вздулась левая половина толстой кишки, после чего началось заполнение желудка и тонких кишок. Рука, фиксирующая опухоль, ощущает урчание пузырьков воздуха в ней. После того как живот достаточно округлился, больному предложено сесть, тотчас — отрыжка с каловым запахом непрерывной струей воздуха.

Ирригоскопия. Заполнена левая половина толстого кишечника, соответственно положению опухоли кишка сужена и деформирована, небольшое количество бария проникло в тонкие кишки. В положении на животе после натуживания — медленное появление контрастной массы в желудке. Диагноз — желудочно-ободочный свищ. Больной отказался от госпитализации и после полуторамесячного общего лечения выписался домой. По имеющимся сведениям, в апреле 1957 г. он умер.

II. Б-ной Д., 50 лет, поступил в больницу 17/I-58 г. с жалобами на одышку, поносы, резкие боли в животе после еды, „дурные“ отрыжки, слабость, отеки. В 1933 г. операция ушивания прободной язвы с наложением заднего гастроэнтероанастомоза. В 1942 г. операция по поводу пептической язвы (со слов больного), характер операции неизвестен. С 1949 г. резкие боли в животе слева от пупка, с июня 1957 г. боли значительно уменьшились, но появились зловонные отрыжки, поносы, стал быстро худеть. Аппетит повышен.

Б-ной худ, бледен, кожа с землистым оттенком, легкие эмфизематозны, выслушиваются необильные сухие хрипы. Тоны сердца глухие. Живот несколько вздут, по средней линии от мечевидного отростка до пупка — истонченный операционный рубец. Диастаз прямых мышц. Сигмовидная кишка с большой палец толщиной, болезненна, слепая кишка мешковидно расширена, при ощупывании — громкое урчание. Поперечная кишка не прощупывается. При перкуторной пальпации желудка — шум плеска с нижней границей на 3 см выше пупка, в проекционной фигуре желудка слева от пупка умеренная болезненность. Край печени уплотнен и умеренно болезнен. Почки и селезенка не прощупываются.

Кислотность желудочного сока натощак — 40/62, после завтрака — 78/90, следов кала в желудочном содержимом не определяется.

Рентгеноскопия. Желудок в форме крючка, расширен, широкая интермедиарная зона, стеноз привратника, утолщение и ригидность складок слизистой. Высоко расположенный задний гастроэнтероанастомоз, длительное затекание в приводящую петлю. Незначительные порции бария через суженное отводящее колено проходят в тонкий кишечник.

Инсуфляция. Вздулась левая половина толстого кишечника, после чего началось поступление воздуха в желудок и тонкие кишки (последнее заметно через истонченную брюшную стенку по появившимся перистальтическим сокращениям кишечных петель). При перемене положения на сидячее чрезвычайно обильная каловая отрыжка непрерывной струей воздуха.

Диагноз: желудочно-ободочный свищ. Диагноз подтвержден при повторной ирригоскопии (первая оказалась безрезультатной), когда небольшое количество бария проникло в тонкие кишки. Больному рекомендовано оперативное лечение, и в марте 1958 г. он направлен в Казань, где при обследовании в поликлиническом отделении РКБ свищ не обнаружен. Повторная инсуфляция, произведенная 15/III-58 г., дала прежние результаты. Больной требовал санаторно-курортного лечения и только в конце августа 1958 г. вновь направлен в Казань и госпитализирован в клинику госпитальной терапии КГМИ, где диагноз подтвердился.

У обоих больных наблюдались симптомы, относимые Ф. М. Гуляницким к числу главных (операция гастроэнтероанастомоза в анамнезе, упорные поносы, каловые отрыжки, исхудание и т. д.). Мы не применяли „цветных клизм“, микроскопического

анализа кала и рекомендованного А. Д. Рыбинским откачивания желудочного содержимого непосредственно вслед за дефекацией, поскольку клиническая картина заболевания и положительные данные инсуффляции давали достаточно оснований для диагноза. С этой точки зрения в констатации рентгенологической проходимости фистулы нет острой необходимости, хотя значение рентгенологического исследования, позволяющего установить степень патологических изменений, участвующих в образовании свища органов, в каждом отдельном случае не может быть недооценено. Зная заранее о существовании свища, рентгенологическое исследование можно проводить с большей настойчивостью.

Малое число наблюдений не позволяет достаточно уверенно судить о сравнительной эффективности инсуффляции при диагностике фистулы.

Поэтому, учитывая трудности диагностики в подобных случаях, мы стали проводить инсуффляцию у больных с наложенным анастомозом и подозрительными жалобами непосредственно после рентгенологического исследования желудка под контролем экрана, что не намного удлинит время исследования и до известной степени гарантирует от просмотра столь грубой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л., Рыбинский А. Д. Болезни оперированного желудка и их лечение, М., 1940.— 2. Гуляницкий Ф. М. Послеоперационный желудочно-ободочный свищ. Дисс., 1940.— 3. Белоглядова Н. И. Хирургия, 1954, 5.— 4. Стражеско Н. Д. Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости, М., 1940.

Поступила 11 октября 1958 г.

ЗАГОТОВКА И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Врач Б. Л. Еляшевич

Изгарская участковая больница Чистопольского района ТАССР

Начиная с 1957 г., свежеситратная кровь заготавливалась хирургическим отделением нашей больницы лишь по экстренным показаниям, причем первыми донорами были сотрудники больницы. Но это не удовлетворяло потребностей в консервированной крови, и с 1958 г. мы перешли на заготовку ее двухэтапным способом.

Стандартные, в стерильной упаковке ампулы ЦОЛИПК'а с консервантом намного упрощают заготовку донорской крови, а главное, создают возможность сохранять заготовленную кровь продолжительное время. Кадры доноров нами были подобраны в основном из местного населения. К началу 1959 г. на учете больницы состояло 40 активных и 78 резервных доноров. Этому способствовало проведение среди населения лекций и бесед на тему донорства и переливания крови. При подборе доноров производился осмотр их терапевтом, анализы крови, мочи и рентгеноскопия. Исследование на сифилис и обе осадочные реакции проводились в Чистопольской лаборатории. Перед каждой очередной дачей крови доноры повторно проходили терапевтический осмотр с анализами крови, за исключением лишь особо экстренных показаний. В таких случаях дообследование производилось в ближайшие последующие дни.

Для соблюдения очередности сдачи крови составлен график дежурных доноров, живущих в непосредственной близости от больницы.

Разовая доза сдачи крови — 200—300 мл. Срок хранения консервированной крови, в среднем, 5—7 дней, но в последнее время мы, по возможности, стремимся сокращать и его.

Для двухэтапной заготовки крови пользуемся флаконами с рецептом консерванта „Л-12“ и „ЦОЛИПК-76“. Взятая кровь хранится на леднике в специально оборудованном ящике с теплоизоляционными стенками, где поддерживается постоянная температура +5, +7°. Там же хранятся и кровезаменители.

В 1957 г. было произведено 8 переливаний крови, из них в пяти случаях кровь заготавливалась в два этапа. С начала 1958 г. по апрель 1959 г. было произведено 60 трансфузий. В семи случаях переливание крови сочеталось с переливанием кровезаменителей (БК-8, ЛСБ, Аминопептид-2). На 68 трансфузий были 4 слабых и одна сильная гемотрансфузионные реакции. Осложнений не было.

Всего нами перелито 15,4 литра крови и 1,7 литра кровезаменителей сорока шести больным. Из них в терапевтическом отделении семи больным, в акушерско-гинекологическом — 17 и в хирургическом — 22 больным. Переливания крови производились как по срочным показаниям, так и планоно. Перед каждым переливанием проверяются групповая принадлежность донора и реципиента двумя сериями стандартных изогемагглютинирующих сывороток, а также реакция на групповую индиви-