

О ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА ПРИ КАРДИОСПАЗМЕ

(С ПРОВЕРКОЙ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ)

К. Е. Барabanова

Из госпитальной хирургической клиники педиатрического факультета
(зав.— проф. И. В. Домрачев) Казанского медицинского института

В клинике наблюдались двое больных, одного возраста (17—18 лет) с ясно выраженной картиной кардиоспазма, которым проводилось лечение двумя различными методами.

И. Б-ной М., 17 лет, поступил в клинику в декабре 1956 г. с жалобами на затрудненное глотание, отрыжку, рвоту. Болен в течение двух лет. В детстве перенес скарлатину.

Больной отстаёт от своего возраста. Бледен. Истощен. Патологических отклонений со стороны внутренних органов, кроме пищевода, не определяется. Рентгеноскопия: жидкое контрастное вещество длительно задерживается в нижнем отделе пищевода; просвет пищевода выше сужения расширен до 5 см, контуры ровные.

Через 2 часа вся контрастная взвесь находится в желудке. После повторной дачи контрастной взвеси вначале картина была такой же, как и при первой даче, затем контрастная взвесь узкой струей, отдельными порциями стала проходить через кардию в желудок.

Нб. — 80 ед., Э. — 4 300 000, Л. — 8 700, РОЭ — 10 мм/час.

Моча нормальна. После предварительной подготовки (усиленное питание, переливание крови, наложение пневмоторакса) 18/XII-56 г. была произведена операция (проф. И. В. Домрачев). Двухсторонняя ваго-симпатическая новокаиновая блокада на операционном столе. Под местной анестезией по Вишневскому по 8 межреберью слева произведена торакотомия. Обнаружен стойкий стеноз кардиального отдела пищевода. Произведен эзофагофундоанастомоз (в модификации С. С. Юдина). В грудную полость сзади в 8 межреберье вставлена дренажная резиновая трубка, конец которой опущен в сосуд с водой. Туалет раны. Спиртовая повязка.

Послеоперационное течение гладкое. Больной проглатывает любую пищу, не испытывая затруднения. Выписан на 21 день после операции, в хорошем состоянии.

Через 2 месяца после операции больной был продемонстрирован на заседании хирургического общества ТАССР.

Спустя год больной был вызван для обследования. Жалуются на постоянные боли за грудиной, временами усиливающиеся, не связанные с приемом пищи, изжогу, общую слабость. Аппетит хороший. Через 4—5 месяцев после операции появились боли за грудиной, слабость, стал худеть, несмотря на хороший аппетит и полноценное питание.

Больной бледен. Питание понижено. Нб. — 35 ед. (6 г%), Э. — 2 800 000, Л. — 3 800, РОЭ — 4 мм/час.

Моча нормальна.

Анализ желудочного содержимого:	Общая кислотность	Свободная соляная кислота
Натощак	50	20
После завтрака	18	6
Через 40 мин	20	10

Кровь и слизь положительны во всех порциях.

Реакция кала на скрытую кровь резко положительна.

Рентгеноскопия: легкие — слева плевродиафрагмальные сращения. Сердце — границы нормальные. Пищевод свободно проходит для густой контрастной взвеси. Желудок с ровными контурами. Складки слизистой, перистальтика, эвакуация — без изменений.

Таким образом, больной был излечен от кардиоспазма, но впоследствии у него развился язвенный эзофагит, сопровождающийся кровотечением, то есть одно из осложнений, отмеченных многими авторами как часто встречающееся после эзофагофундоанастомоза.

П. Б-ной С., 18 лет, поступил в июле 1957 г. с жалобами на затрудненное глотание, боли в груди после приема пищи, общую слабость, головокружение. Рос и развивался нормальным ребенком. В прошлом перенес ангину, грипп. Курит, алкоголь не употребляет.

Б-ной среднего роста, правильного телосложения. Питание удовлетворительное. Патологии со стороны внутренних органов, кроме пищевода, не определяется.

Рентгеноскопия: легкие и сердце — нормальные. Перед входом в желудок отмечается сужение с четкими контурами, над которым пищевод значительно расширен. В желудок проскользнуло небольшое количество контрастной взвеси при первом глотке.

Нв.— 95 ед. (15 г/о), Э.— 4 800 000, Л.— 6 800, РОЭ — 10 мм/час.

Моча нормальна.

После предварительной подготовки 11/VII-57 г. была сделана трансторакально-операция (проф. И. В. Домрачев) пластики пищевода по Б. В. Петровскому.

Двухсторонняя ваго-симпатическая блокада.

Под местной анестезией по Вишневскому в 8 межреберье слева произведена торакотомия. Вскрыта через диафрагму брюшная полость. Обнаружен стойкий стеноз кардиального отдела пищевода за счет широкого рубцово-спаечного процесса. Пищевод освобожден от спаек. Рассечена серозно-мышечная оболочка пищевода на 8—9 см. Выкроен треугольный лоскут диафрагмы с основанием, обращенным к позвоночнику, уложен на обнажившуюся слизистую и подшит шелковыми швами к разрезу мышечной оболочки пищевода.

Рана орошена пенициллином. На диафрагму наложены швы. Грудная полость зашита наглухо. Пункцией откачено 30 мл жидкости, воздух. Спиртовая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 21 день после операции в хорошем состоянии. Пройодимость пищевода восстановлена полностью.

В настоящее время больной чувствует себя хорошо. Жалоб не предъявляет. Работает, занимается физкультурой.

При тщательном повторном клиническом обследовании (в декабре 1957 г.) патологических изменений со стороны пищевода не обнаружено.

Небольшой срок (7 месяцев) и единичность наблюдения не позволяют сделать конкретных выводов об эффективности последнего метода, однако, можно предположить, что пластика пищевода лоскутом диафрагмы на ножке по Б. В. Петровскому является наиболее эффективным из существующих методов лечения кардиоспазма.

Поступила 8 февраля 1958 г.

К КАЗУИСТИКЕ РАЗРЫВОВ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ ПОПАДАНИИ В НЕЕ СЖАТОГО ВОЗДУХА

Асс. Х. М. Фареди

Из госпитальной хирургической клиники (зав.— проф. Н. В. Соколов)
Казанского медицинского института

Мы наблюдали трех больных с подкожным разрывом сигмовидной кишки в результате введения через анальное отверстие сжатого воздуха.

1. Б-ной С., 21 года, доставлен в клинику в 16 ч. 31/V-48 г. в тяжелом состоянии. Два часа тому назад товарищи в порядке шутки подвели на расстоянии около 20 см к его анальному отверстию шланг от баллона со сжатым воздухом. Сразу при этом у пострадавшего возникли резкая боль в животе и затруднение дыхания.

Бледность кожных покровов и слизистых и цианоз, более выраженный на нижних конечностях. Температура тела нормальная. Пульс — 135, слабого наполнения. Тоны сердца глухие. Дыхание поверхностное, ослаблено.

Живот вздут и напряжен, резко болезнен, симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Печеночная тупость не определяется. При перкуссии живота — тимпанит, в нижних отделах живота притупление перкуторного звука.

Л.— 10 400, п.— 32%, с.— 45%, л.— 19%, м.— 40%.

Диагноз: разрыв в нижнем отделе кишечника, сигмовидной кишки (?), начальные явления перитонита.

Экстренная лапаротомия под местной анестезией. При вскрытии из брюшной полости с шумом выделились газы и вылилось значительное количество кровянистой жидкости с каловым содержанием. Обнаружен разрыв в нижнем отделе сигмовидной кишки. Место разрыва ушито трехрядными швами (кетгут через все слои и 2 ряда шелковых швов). Брюшная полость осушена и орошена пенициллином (400 тыс. ед.). Назначены сульфаниламиды и антибиотики.

Послеоперационное течение гладкое.

Выписан 25/VI-48 г.