

у 31 больного, у 19 вставляли резиновую трубку на 3—4 дня для введения антибиотиков.

У 3 больных после операции наблюдалось нагноение раны, у 3 — поддиафрагмальные абсцессы, из них у 2 они вскрыты и дренированы. Смертельных исходов не было.

Доскообразный живот при наличии резких болей в эпигастральной области указывал на перфорацию гастродуоденальной язвы. Следует помнить, что эти же признаки могут наблюдаться при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, остром холецистите и аппендиците. Ускоренная эвакуация и гипертонус желудка были и у больных с обострением язвенной болезни, и у оперированных по поводу острого аппендицита и острого холецистита. При разлитом гнойном перитоните наступает парез желудочно-кишечного тракта, поэтому контрастную рентгеноскопию (-графия) желудка следует проводить в первые 6—12 часов с момента заболевания и при прикрытых перфорациях.

Нередко больным во время транспортировки в хирургическое отделение вводят атропин, но-шпа, папаверин, промедол, морфий, которые влияют на моторно-эвакуаторную функцию желудка и затрудняют правильную постановку диагноза при контрастной рентгеноскопии (-графии). Врачу необходимо знать время действия этих лекарственных средств.

Электрогастрография (ЭГГ) произведена 10 больным перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, 10 больным с обострением язвенной болезни желудка, 10 больным острым холециститом и 10 больным острым аппендицитом.

У больных с перфорацией гастродуоденальных язв на ЭГГ отмечались длительные периоды почти полного отсутствия электрических колебаний, что совпадало с клиническими проявлениями перфоративной язвы: атонией, отсутствием перистальтики желудка при контрастной рентгеноскопии.

У остальных больных ЭГГ носила резко выраженный гиперкинетический, тахикарический характер со средней амплитудой электрических колебаний 0,4—0,6 мв.

Таким образом, при отсутствии пневмоперитонеума контрастная рентгеноскопия (-графия) сернокислым барием в первые 6—12 часов служит ценным пособием при перфоративных язвах, помогая проводить дифференциальную диагностику с острым аппендицитом, острым холециститом, обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

УДК 616.34—002.44:616—089.87

А. Ф. Агеев, В. Е. Волков, Р. С. Шамсутдинова, Н. Ф. Козырева (Казань). К методике обработки культи двенадцатиперстной кишки

С 1968 г. мы применяем свою методику герметизации «желудочной воронки» при резекции на выключение. Ее целесообразность подтвердили клинические наблюдения и экспериментальные (на 6 собаках) данные.

Наша методика исключает возможность деваскуляризации и позволяет надеяться на достаточную герметизацию. Сводится она к следующему. Производим, как обычно, надпривратниковое сечение желудка (не менее 10—12 см от пилоруса), демуккозацию этого отдела до привратника. Слизистую у основания мобилизации ушиваем и отсекаем. В образовавшейся таким образом «желудочной воронке» проводим гемостаз путем тампонады салфеткой с горячим физиологическим раствором. После обработки ее просвета антисептическими растворами накладываем с внутренней стороны, без прокола серозы, 2—3 ряда кисетных капроновых швов с расстоянием 1,5—2 см друг от друга, начиная от кетгутового шва слизистой до края «желудочной воронки». Край последней ушиваем отдельными П-образными швами. Нетипичность операции всегда служит показанием к использованию сальника для окончательной герметизации и ограничения ушитой культи.

Описанная методика ушивания культи при надпривратниковой резекции применена нами у 3 больных без каких-либо осложнений.

Гистологические исследования серийных срезов антрального отдела желудка при ушивании по методу Финстерера, Якобовичи и по предлагаемой методике показали, что в последнем случае происходят заметные меньшие изменения. Так, при ушивании по способу Финстерера имели место некроз подслизистого и частично мышечного слоев, образование воспалительных гранулем с наличием «гигантских клеток рассасывания», обильная полинуклеарная и плазматическая инфильтрация. При ушивании же по Якобовичи и предлагаемому нами методу наблюдалась лишь обильная лимфоцитарная инфильтрация с отеком подслизистого и в одном случае мышечного слоев.

Целесообразность описываемой методики очевидна, поэтому ее можно рекомендовать для широкой практики.

УДК 616.329—089.844

Канд. мед. наук Ф. Г. Валиев (Уфа). Локальная термометрия при эзофагопластике желудком

Для изучения кровоснабжения при создании искусственного пищевода из желудка мы с 1969 г. практикуем локальную термометрию электротермометром ТПЭМ-1 со стерж-

невым точечным датчиком. Она произведена нами при 20 операциях резекции пищевода с правосторонним внутриплевральным пищеводно-желудочным анастомозом при раке пищевода средне- и нижнегрудного отделов и при рубцовых сужениях среднегрудного отдела. Методика операции заключалась в верхнесрединной лапаротомии, мобилизации желудка путем пересечения левой желудочной, желудочно-сальниковой артерий и коротких артерий дна желудка. После правосторонней боковой торакотомии по V межреберью мобилизованный желудок через пищеводное отверстие диафрагмы перемещали в правую плевральную полость и после выделения пищевода и иссечения его в необходимом объеме накладывали анастомоз между пищеводом и целым желудком.

Состояние кровоснабжения мобилизованного желудка определяли до перемещения его в плевральную полость путем визуального изучения и термометрии. Измерение температуры желудка производили в двух точках: в области дна, где вследствие перевязки основных снабжающих сосудов в какой-то степени нарушается кровоснабжение, и пилорическом отделе, где кровоснабжение после мобилизации желудка не страдает. Величина разницы температуры между этими отделами характеризовала степень нарушения кровоснабжения в фундальном отделе желудка.

Температура пилорического отдела желудка после лапаротомии и перевязки левых желудочных артерий и вен у больных колебалась в пределах $31,1-37^{\circ}$ (в среднем $34,7 \pm 0,28^{\circ}$), в области дна желудка она равнялась $31,6-36,4^{\circ}$ (в среднем $34,7 \pm 0,28^{\circ}$). При сравнении температур указанных отделов выяснилось, что у 12 больных в области дна желудка она была ниже, чем в пилорическом отделе, на $0,4-1,6^{\circ}$ и у 4 больных разницы в температуре этих отделов не было. Таким образом, несмотря на перевязку левых желудочных артерий, у большинства больных снижение температуры проксимального отдела желудка по сравнению с дистальным было незначительным, а у части больных совсем не наблюдалось. Это говорит о сохранении хорошего кровоснабжения во всех отделах мобилизованного отдела желудка.

С 1967 по 1972 г. нами произведено 36 внутриплевральных эзофагопластик целым желудком. Независимо от степени выраженности внеорганных сосудистых анастомозов желудка во всех случаях мобилизация последнего произведена с перевязкой левых желудочных артерий. В послеоперационном периоде мы ни разу не наблюдали очагового некроза стенки желудка. По нашему мнению, основными факторами, способствующими возникновению очагового некроза «грудного» желудка, являются не столько нарушения кровоснабжения из-за перевязки левых желудочных артерий, сколько грубые манипуляции и травмирование во время операции, атония и венозный стаз в перерастянтом желудке в результате ваготомии, сдавление органа в пищеводном отверстии диафрагмы. Их предупреждение помогает избежать такого грозного осложнения, как очаговый некроз желудка.

УДК 616.329—089.844

Канд. мед. наук Е. А. Загайнов (Йошкар-Ола). Пластика пищевода при рубцовой стриктуре

Хирургическое лечение больных с рубцовыми стриктурами пищевода остается трудной задачей и требует индивидуального подхода в выборе способа операции и выполнения отдельных ее деталей. Приводим два наших наблюдения.

1. Б., 37 лет, поступила 1/XII 1971 г. с клиническими и рентгенологическими признаками полной непроходимости пищевода. Тотальная рубцовая стриктура развилась после ожога уксусной эссенцией в октябре 1968 г. В январе 1969 г. наложена гастростома по Штамму — Кадеру. Больная истощена, вес 38 кг, рост 142 см. Гем. 10 г%; общий белок 7 г%. После подготовки 15/II 1971 г. под эндотрахеальным эфирным наркозом выполнен первый этап операции типа Ру — Герцена — Юдина. В брюшной полости массивный спаечный процесс, сращения желудка с передней брюшной стенкой, рубцовые изменения mesocolon, слабо выраженные анастомозы между сосудами толстого кишечника.

Мобилизован начальный отдел тонкого кишечника длиной до 40 см по брыжеечному краю. Перевязаны 2, 3 и 4-я тонкокишечные артерии, аркада между 1 и 2-й артериями. После пересечения кишки возникли сомнения в жизнеспособности трансплантата. Для улучшения кровоснабжения его выполнена резекция по Тошчакову нижней части мобилизованной кишки, включая часть кишки над 5-й артерией (40 см), пересечены аркады между 5 и 6-й артериями. В результате 5-я артерия включена в основание трансплантата. Непрерывность кишечника восстановлена анастомозом «конец в конец». Трансплантат расположен антеторакально и через ложе кивательной мышцы слева проведен до верхнего края щитовидного хряща. Этому способствовала мобилизация корня брыжейки тонкого кишечника по Хундадзе. Наложена анастомоз между дистальным концом трансплантата и антральным отделом желудка «бок в бок». Через 10 дней выполнен анастомоз на шее между грушевидным синусом глотки и мобилизованной кишкой. При этом потребовалось дополнительное выделение кишки путем рассечения части кожного канала над грудиной. Гастростома закрыта спустя месяц. Пройдясь созданным пищеводом хорошая. Пациентка обследована через 1 год. Жалоб нет. Диету не соблюдает, прибавила в весе (46,4 кг). Работает бухгалтером. Имела беременность,