

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 Тошакову 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. Проподимость созданного пищевода хорошая. Пациентка обследована через 1 год. Жалоб нет. Диету не соблюдает, прибавила в весе (46,4 кг). Работает бухгалтером. Имела беременность,

закончившуюся медицинским абортom. Рентгеноскопия показала хорошую функцию искусственного пищевода. Анализ крови не выявили отклонений от нормы.

2. Б., 18 лет, поступила 24/II 1972 г. с жалобами на полную непроходимость пищевода. В феврале 1971 г. был ожог пищевода и желудка соляной кислотой. Спустя месяц появились признаки стеноза пилорического отдела желудка. Выполнена резекция желудка по Бильрот II. Через 4 месяца после ожога развилась рубцовая стриктура пищевода. В июле 1971 г. наложена гастростома на культю желудка по Топроверу. В 1968 г. больная перенесла аппендэктомию. Истошена, вес 41 кг. При рентгено- и эзофагоскопии установлено рубцовое сужение пищевода на уровне дуги аорты. Кровь: Гем. 11,8 г%, общий белок 8,1 г%. 9/II 1972 г. под эндотрахеальным эфирным наркозом выполнен первый этап пластики пищевода. В брюшной полости массивные сращения. Для создания трансплантата решено использовать правую половину толстого кишечника. Однако а. colica dext. представлена ветвью а. colica media, а последняя, в свою очередь, имеет рассыпной тип строения; mesocolon рубцово сморщена. При мобилизации кишки перевязана только а. ileocolica. Длина трансплантата 40 см (включая 10 см терминального отдела тонкого кишечника). На шею кишка проведена через переднее средостение до верхнего края щитовидного хряща. По ходу операции вскрылась правая плевральная полость, место повреждения прикрыто трансплантатом. Непрерывность кишечника восстановлена илеотрансверзоанастомозом «бок в бок». Пересечение дистального отдела мобилизованной кишки и анастомозирование ее с культей желудка отложены из-за опасности нарушения кровоснабжения и невозможности сразу ликвидировать гастростому (при гастростоме нет места для анастомоза на культю желудка). 6/V 1972 г. наложен анастомоз трансплантата с шейным отделом пищевода «бок в бок». 4/IX пластика пищевода закончена пересечением поперечноободочной кишки проксимальнее илеотрансверзоанастомоза и анастомозированием трансплантата с культей желудка «конец в бок». Для этого ликвидирована гастростома и отверстие в стенке желудка использовано для анастомоза. Послеоперационное течение без осложнений. Пациентка обследована через 8 месяцев. Жалоб нет. Диету не соблюдает. Прибавила в весе (53 кг). Работает приемщицей в быткомбинате. Рентгеноскопия: функция созданного пищевода хорошая. Анализ крови не обнаружили отклонений от нормы.

УДК 616.33—005.1:616.34—005.1

Доктор мед. наук М. К. Надгериев, канд. мед. наук Т. Н. Евстафьева,
М. И. Пониченко (Краснодар). Свертываемость крови при желудочно-кишечных
кровотечениях

Под наблюдением находились 124 чел. (80 мужчин и 44 женщины) с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии. Чаще желудочно-кишечные кровотечения возникали у мужчин в возрасте 30—50 лет и у женщин старше 60 лет.

Источником кровотечения у 51 чел. была двенадцатиперстная кишка, у 38 — слизистая желудка, у 5 — злокачественное новообразование. У 30 пациентов источник кровотечения не был обнаружен ни рентгенологически, ни при оперативном вмешательстве.

Мы попытались проследить зависимость изменений компонентов свертывающей системы крови от степени анемии. Сравнение коагулограмм, полученных при поступлении и на высоте кровотечения, показало, что у больных с умеренной кровопотерей, без заметного снижения гемоглобина и АД, с однократной рвотой и невыраженной меленой (1-я группа) компоненты свертывающей системы крови не претерпевают существенных сдвигов. Значительные изменения выявились у больных со средней степенью кровотечения, с гемоглобином 40—60 ед. (2-я группа): возросла толерантность плазмы к гепарину (до 3 мин. 10 сек. ± 15 сек., $P < 0,01$), увеличилось количество фибриногена (до 750 ± 100 мг%, $P < 0,01$); снизилась фибринолитическая активность ($M \pm m = 5 \pm 3$ ч., $P < 0,05$); появился фибриноген В. Следовательно, наиболее чувствительные тесты коагулограммы проявили наклонность к тромбообразованию в этой фазе заболевания.

У больных с выраженной анемией, обильной кровавой рвотой, цианозом, одышкой (3-я группа) на высоте кровотечения появляется тенденция к гипокоагуляции. Очень заметно это отразилось на толерантности плазмы к гепарину ($M \pm m = 10$ мин. 15 сек. ± 20 сек., $P < 0,01$), времени рекальцификации плазмы ($M \pm m = 140 \cdot 50$; $P < 0,05$). Повысился уровень свободного гепарина. Продолжал нарастать лишь уровень фибриногена до 900 ± 50 мг% ($P < 0,05$), параллельно снижалась фибринолитическая активность. Таким образом, у резко анемизированных больных наблюдается замедление свертываемости крови, проявляющееся клинически наклонностью к геморрагиям.

Результаты наших исследований совпадают с данными Д. М. Зубаирова, М. С. Мачабели, Б. В. Петровского и др., отмечавших у больных с кровотечениями парадоксальное сочетание внутрисосудистой коагуляции и геморрагии.

Мы считаем возможным рекомендовать дифференцированно подходить к консервативному лечению и прежде всего принимать во внимание анемизацию больного. На наш взгляд, нецелесообразно назначать прокоагулянтов при средней степени анемизации больного.