

лица с хроническим рецидивирующим холециститом и хроническим панкреатитом, у которых возникает обострение заболевания в связи с нарушением диеты, режима питания, питьевого режима, так как на теплоходах организовать диетическое питание пока невозможно. Больные с острым аппендицитом (16,4%) нуждаются в оперативном лечении в условиях хирургических стационаров, с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии (2,4%) — в гемостатической терапии в СМП и последующем направлении больных в хирургический стационар, с острой кишечной непроходимостью (1,2%) и ущемленными грыжами (0,8%) — в экстренной госпитализации для оперативного лечения.

Тромбофлебиты, варикозная болезнь с трофическими язвами наблюдаются у 55% больных с заболеваниями сосудов, воспаление геморроидальных вен и геморроидальные кровотечения — у 45%. Основная масса этих больных получает лечение в СМП. Обострение хронических артрозов и артритов встречается у 0,7% больных, обратившихся в СМП.

Обострение хронических заболеваний органов брюшной полости, суставов, сосудов возникает чаще всего у туристов пожилого и старческого возраста, особенно во время первых и последних рейсов навигации.

В домах отдыха наряду с путевкой отывающим обязан представить справку о состоянии здоровья. Это правило было бы целесообразно применять и к отывающим на теплоходах, в таком случае судовой врач мог бы проводить целенаправленную санитарно-просветительную работу, исходя из контингента пассажиров.

Всем больным с хирургическими заболеваниями в СМП была оказана необходимая медицинская помощь: только за одну навигацию произведено 2779 первичных хирургических обработок ран; проведено лечение 1120 больных с острыми гнойными заболеваниями; сделаны 13751 перевязка и 14282 различные инъекции; вправления вывихи; выполнены новокаиновые блокады места перелома и иммобилизация; обработаны ожоговые поверхности.

Анализ первичной обращаемости больных с хирургическими заболеваниями в СМП показал, что судовые медики должны постоянно уделять внимание повышению уровня своих знаний и навыков для оказания своевременной и квалифицированной помощи больным. С этой целью на базе Центральной бассейновой больницы ежегодно в преднавигационный период работают курсы усовершенствования (288 часов), 46 часов отводятся повышению квалификации по хирургии. В результате улучшилось качество оказания неотложной помощи хирургическим больным, уменьшилось количество расхождений в диагнозах судовых медицинских работников и территориальных учреждений, четко соблюдаются принципы асептики и антисептики при оказании медицинской помощи.

Поступила 02.04.85.

## РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.329—089.878

### ОБ УДАЛЕНИИ ИЗ ПИЩЕВОДА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ СЛОЖНОЙ КОНФИГУРАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ЭЗОФАГОСКОПА

А. А. Авдеев

г. Казань

Мы наблюдали за 4 больными с инородными телами в пищеводе сложной крестообразной конфигурации. Длительность пребывания инородных тел в пищеводе до эзофагоскопии по различным причинам составляла 6, 9, 16, 23 дня. Во всех случаях рентгенологически инородные тела располагались во фронтальной плоскости над уровнем второго физиологического сужения пищевода и их концы выходили за пределы стенок пищевода. Сопутствующие осложнения и тяжесть состояния больных находились в прямой зависимости от длительности пребывания инородных тел в пищеводе. Всем больным под эндотрахеальным обезболиванием была проведена эзофагоскопия с целью удаления инородных тел.

У двух больных (16, 23-й день нахождения инородных тел в пищеводе) из-за развиившихся перизофагитов не удалось выявить проксимальные концы инородных тел;

оптикой бронхоскопа Фриделя был осмотрен лишь центр перекрещивания инородных тел и связывающие их нити. В обоих случаях выполнена торакотомия с эзофаготомией. Послеоперационный период протекал крайне тяжело: один больной умер на 55-й день после операции от прогрессирующего гнойного медиастинита, развившихся абсцессов легких, эмпиемы плевры; второй выписан после выздоровления.

Третьему больному эзофагоскопия выполнена на 6-й день нахождения инородного тела в пищеводе: больной был госпитализирован немедленно, однако в первые дни от обследования и лечения категорически отказывался. Рентгенологически крестообразное инородное тело пищевода располагалось на уровне Т5–6, проксимальные и дистальные его концы находились за пределами стенок пищевода. При эзофагоскопии установлены явления периэзофагита, в области перфорации правой боковой стенки пищевода прослеживалось поступление воздуха при искусственной вентиляции легких (диагностирован пищеводно-бронхиальный свищ). Попытки фиксации проксимальных концов инородного тела, находящихся на одном уровне, к внутреннему тубусу эзофагоскопа были безуспешными из-за того, что их фиксация проводилась последовательно друг за другом и при каждой попытке захвата щипцами второго проксимального конца из тубуса соскальзывал ранее введенный первый проксимальный конец инородного тела. От предложенного оперативного лечения больной категорически отказался и на 10-й день нахождения инородного тела в пищеводе умер от профузного кровотечения вследствие перфорации аорты инородным телом.

В 1979 г. нами модифицирован внутренний тубус эзофагоскопа Мезрина БЭФ-2 (модель-453): на дистальном конце тубуса был сделан паз с осевым центром на боковой поверхности.

На рис. 1 схематически изображен дистальный конец модифицированного внутреннего тубуса эзофагоскопа. Паз (1) длиной 15 мм занимает  $\frac{1}{4}$  часть окружности тубуса. Такая модификация внутреннего тубуса эзофагоскопа позволила нам без особого труда удалить инородное крестообразное тело из пищевода. Приводим наше наблюдение.

Р., 20 лет, поступил в хирургическое отделение 09.04.79 г. с жалобой на боли за грудной и затрудненное, болезненное глотание. Со слов пострадавшего, 04.04.79 г. проглотил инородное тело.

Общее состояние удовлетворительное. Шея вытянута кпереди и наклонена вправо, повороты головы осуществляют всем корпусом туловища. При глотании на лице появляется страдальческое выражение.

При рентгенологическом исследовании на уровне Т5–6 определялось инородное тело крестообразной формы длиной до 75 мм с неравномерной контрастностью, проксимальные и дистальные концы находились за пределами стенок пищевода.

13.04.79 г. под эндотрахеальным обезболиванием проведена эзофагоскопия эзофагоскопом Мезрина БЭФ-2 с применением внутреннего тубуса нашей модификации. На глубине 34 см от передних резцов выявлены резкая гиперемия, отечность слизистой с гноином отделяемым в области перфорации боковых стенок. Проксимальные концы инородного тела были расположены в толще инфильтрированной ткани пищевода. К правому проксимальному концу инородного тела подведен паз дистального отдела внутреннего тубуса. Через него щипцами указанный конец был введен в тубус с одновременным поворотом эзофагоскопа к левому проксимальному концу. Таким образом, к внутреннему тубусу был зафиксирован один из концов инородного тела,

у другого его конца находился паз дистального отдела тубуса. Через паз этим же способом был введен второй конец инородного тела и обратным незначительным поворотом эзофагоскопа зафиксирован к тубусу. В таком положении проведена тракция инородного тела с одновременным продвижением эзофагоскопа в дистальный отдел пищевода до полного введения инородного тела в тубус эзофагоскопа с тем, чтобы при тракции инородного тела в тубус его дистальные концы не травмировали стенку пищевода. После этого эзофагоскоп был удален вместе с инородным телом (рис. 2). В данном случае на концах инородного тела, представлявшего пластиковые стержни, были насажены наконечники от шариковых ручек.

После извлечения инородного тела в пищевод введен носожелудочный зонд для питания в послеоперационном периоде, удаленный на 7-й день. Проводилась интенсивная терапия антибиотиками широкого спектра действия.

Больной был выписан после выздоровления 23.05.79 г.

Поступила 11.02.85.

Рис. 1. Дистальный конец модифицированного внутреннего тубуса эзофагоскопа.  
Рис. 2. Инородное тело, удаленное у больного Р. из пищевода.

