

Ввиду малого эффекта от рентгенотерапии больной проведен курс впрыскиваний 10% *natri kakodilici*, что также не дало значительного эффекта. При амбулаторном обследовании больной 13/VII обнаружено: жалобы на боли в селезенке, краснота кожи лица, ушей и рук без перемен. Селезенка плотная, болезненная, выстоит на 3 поперечных пальца. Печень выстоит на 2 поперечных пальца, плотная, слегка болезненная. Со стороны крови имеется незначительное уменьшение количества гемоглобина и лейкопения. Hb—120%, E—6150000, Fi—0,99%, L—2000, B—1%, Эоз.—3%, J—1%, St.—5%, S—81%, L—5%, Мон.—4%. Больная продолжает быть под наблюдением.

Наш случай замечателен тем, что мы имеем в крови значительный сдвиг влево до миелоцитов, одновременное наличие зоба у больной и несвойственное данному заболеванию увеличение сердца влево. Сестра нашей больной страдает также зобом, но не имеет признаков полицитемии *tubra*. Больная демонстрирована на заседании научной ассоциации города Златоуста 30 июля 1931 года.

Из хирургического отделения Осташковской горбольницы.

Случай желудочно-ободочного свища на почве послеоперационной пептической язвы тощей кишки.

Д-ра Б. В. Коржавина.

Затрагиваемый мною вопрос уже неоднократно дебатировался на страницах медицинской прессы с целью внести ясность в методику оперативного вмешательства при тяжелом осложнении такой сравнительно безопасной операции, как наложение желудочно-кишечного соустья при язве желудка и 12-ти перстной кишки.

Тяжесть оперативного вмешательства при ободочном свище, дающая до 60% смертности, наталкивает мысль хирурга на возможное упрощение такового. В ряде сообщений нашей и иностранной литературы бросается в глаза то обстоятельство, что резко отягчающим операционный момент является резекция ободочной кишки, либо предпринимаемая с целью полного иссечения свища, либо вынуждаемая повреждением при операции сосудистой дуги брыжейки ободочной кишки. Длительность операции, неизбежно влекущая за собой погрешности в асептике, скверное заживление сшиваемых концов ободочной кишки, а также расстройство кровообращения последней дают недостаточность швов ободочной кишки и последующий перитонит, противостоять которому силы истощенного свищем больного, уже не могут. Поэтому казалось бы желательным всеми возможными мерами избежать резекции ободочной кишки и повреждения сосудов *mesocolonis*. Следует учитывать то обстоятельство, что язва желудка и 12-типерстной к., ради которой была предпринята первая операция, и послеоперационная язва тощей кишки к моменту второй операции по поводу ободочного свища обычно уже зажили, обстоятельство казалось бы парадоксальное, т. е. кислое желудочное содержимое омывает такие отделы кишечника, которые к нему совсем не привыкли, но имеющие значение в смысле возможности широкого вмешательства на стенках желудка и тощей кишки. Исследование подобных препаратов показывает непосредственный переход здоровой слизистой желудка через свищ на тощую и ободочную кишку без всяких изъязвлений последних. Ввиду вышеизложенного мне представляется рациональным методику операций по поводу ободочного свища вести с расчетом избежать резекции ободочной кишки, иллюстрацией чему является приводимый ниже случай, оперированный мною в Осташковской городской больнице.

И. Г. 33 лет, рабочий-штукатур, был оперирован в Осташковской больнице в 1924 году по поводу язвы 12-типерстной к., где ему было наложено заднее желудочно-кишечное соустье (д-р Никольский). Операция дала облегчение лишь на один год, после чего вновь появились боли под ложечкой, изжога и рвота. В 1926 году в Тверской губ. больнице у больного был распознан аппендицит и иссечен червеобразный отросток, что облегчения больному не доставило. В октябре 1930 года у больного появилась отрыжка жидкостью с ка-

ловым запахом, а по временам и рвота с частицами плотного кала. Больной быстро стал худеть и слабеть. В кале замечал неперевавленную пищу, из-за постоянной отрыжки калом избегает общества. 3/1—1931 года поступил в больницу: больной истощен, землистый цвет лица, сердце и легкие норма, пульс несколько учащен, слабого наполнения, стул жидкий 2—3 раза в день с неперевавленной пищей (молоко, хлеб), постоянная отрыжка жидкостью с каловым запахом.

Натощак желудочным зондом извлечено 30 к. с. темно-бурой жидкости резко кислой реакции и с каловым запахом. При пальпации подложечной области определяется небольшая (величиной с крупную сливу) опухоль, несколько смещаемая. На коже живота рубцы: по средней линии выше пупка и в правой подвздошной области от бывших ранее операций. Втечение 3-х дней подготовка к операции систематическими (2 раза в день) промываниями желудка и клизмами.

7/1—1931 г. под общим наркозом (хлороформ, эфир), операция (д-р Коржавин). Разрезом от мечевидного отростка и до пупка вскрыта брюшная полость. Сращенные с передней брюшной стенкой сальник и поперечная кишка осторожно отделены тупым путем. При пальпации желудка и 12-типерстной к. язвы не обнаружено, привратник пропускает концы указательного пальца. Заднее желудочно-кишечное соустье пропускает 2 пальца. На отводящей от соустья петле тощей кишки, в 4-х сантиметрах от соустья, обнаружено широкое свищевое отверстие между ободочной и тощей кишкой, пропускающее свободно 3 пальца. Вся область соустья и ободочного свища обильно укутана спайками. Произведена поперечная перерезка приводящего и отводящего от свища концов тощей кишки и циркулярный их шов, каковой был затруднен небольшим участком оставшейся приводящей к свищу петли тощей кишки. Затем оставшийся на свище участок тощей кишки был инвагинирован в ободочную кишку и укреплен там рядом узловых швов. К операционному полю подведен и там укреплен сальник. Глухой шов покровов живота. Длительность операции 2¹/₂ часа, наркозу истрачено—80,0 хлороформа и 250,0 эфира.

Первые три дня после операции была рвота жидкостью без калового запаха и кала, желтоватого цвета от примеси желчи. На четвертый день после слабительного и стула хорошее самочувствие. На 9-й день сняты швы—первичное заживление. Через 18 часов без видимой причины расхождение операционной раны с выпадением петли тонкой кишки. Петля омыта соевым раствором и вправлена в брюшную полость. Кожа зашита наглухо. Заживление вторичным натяжением. В дальнейшем выздоровление осложнилось недостаточностью сердечной деятельности, давшей обильный трансудат в брюшную полость, каковой окончательно был ликвидирован к 7/III 1931 года, дню выписки больного. При выписке со стороны желудочно-кишечного канала—норма, в подложечной области послеоперационная грыжа, самочувствие хорошее.

Описанный случай следует отнести к наиболее частым случаям ободочных свищей, как исходов прободения пептической язвы тощей кишки в ободочную. При наличии свища только между желудком и ободочной кишкой есть смысл, не прибегая к резекции ободочной кишки, отделить по тому же принципу желудок от ободочной, инвагинируя остаток стенки желудка в ободочную и зашивая отверстие в желудке наглухо. При затруднениях в технике здесь нам может придти на помощь методика д-ра В. В. Успенского (доступ к свищу через lig gastro-colicum). При наличии свища одновременно между желудком, ободочной и тощей кишками следует опять-таки, избегая резекции ободочной кишки, отдельно зашить желудок и тощую кишку и инвагинировать их остатки на свище в ободочную.

В заключение отмечу, что при такой тяжелой операции, как ликвидация ободочного свища, следует всеми силами стремиться к местной анестезии (инфильтрационная покровов, анестезия п. splanchnicum по Брауну), каковую, однако, в нашем случае из-за обилия сращений выполнить не удалось. Общий наркоз и резкий упадок сил больного до операции вызвали расхождение операционной раны после снятия кожных швов на 9-й день. Поэтому полагал бы, что швы после подобных операций следует снимать не ранее 14-го дня после операции.