

ганглиях, а также в отходящих от них нервных стволах встречаются контурированные участки хромаффинной ткани с обособленной густой капиллярной сетью.

7. Артериальные ветви, идущие к таким параганглионарным включениям, происходят из разветвляющихся в веществе узла артерий или отходят от артерий ганглия еще до вступления их в его вещество и тотчас же распадаются на капиллярную сеть, которая характеризуется чрезвычайной густотой, шириной капилляров и отсутствием связи с капиллярной сетью вещества узлов.

8. Вены параганглиев впадают в вены, выходящие из превертебральных узлов, или в вены окружающей клетчатки.

9. Раздельный венозный отток от хромаффинных включений в превертебральных узлах морфологически подтверждает правильность заключения А. В. Кибякова об общем, а не местном, приложении действия гормонов параганглиев.

10. Широкие, легко инъецирующиеся капилляры параганглия и четкая контурированность их сосудистой системы могут быть использованы как метод обнаружения хромаффинных включений в различных органах и тканях.

Установленная нами обильная васкуляризация превертебральных узлов симпатической нервной системы, обособленное богатое кровоснабжение хромаффинных включений, инкрет которых является исходным материалом для образования симпатического медиатора (наряду с адреналином надпочечников), убедительно показывают тесную взаимосвязь между кровеносной и нервной тканью. Отсюда, естественно, нарушения в сердечно-сосудистой системе могут привести к существенным изменениям функционального состояния симпатической иннервации. Эти данные могут иметь значение для более глубокого понимания патогенеза и сложной клинической картины при применении различных фармакодинамических препаратов при потенцированной местной анестезии и потенцированном наркозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин И. М., Горбацевич А. Б., Лебедев Л. В., Панашенко А. Д. Вест. хир. им. Грекова, 1958, 4. — 2. Волкова И. Н., Кибяков А. В. Физиол. журн. СССР, 1946, 1. — 3. Волкова И. Н. Тр. Каз. мед. ин-та, вып. 1, 1948. — 4. Долго-Сабуров Б. А. Тр. научн. сесс. ВММА, 1947. — 5. Кантарович И. Н. Физиол. журн. СССР, 1950, XXXVI. — 6. Кибяков А. В. О природе регуляторного влияния симпатической нервной системы, 1950. — 7. Огнев Б. В. VIII сессия нейрохирургического Совета и Ленингр. ин-та нейрохирургии, М., 1948. — 8. Ракеева М. Т. Тонкая васкуляризация узлов симпатического ствола некоторых животных и человека. Канд. дисс., Казань, 1955. — 9. Утевский А. М. В кн.: Нейрогуморальные и эндокринные факторы в деятельности нервной системы. Изд. Академии Наук СССР, М.—Л. 1959, 540—47. — 10. Datta N. K. Brit. J. Pharmacol., 1949, 4, 2. — 11. Heim F. Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1951, 212—277. — 12. Hillarp a. Hökfelt. Histochem. a. Cytachen. 1955, v. 3, Nr. 1.

Поступила 12 июня 1959 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО МАТЕРИАЛАМ УРУССИНСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ТАССР¹

Главврач Н. А. Мифтахов

За последние годы такие сложные операции, как резекция желудка, осуществляются в условиях районных и даже участковых больниц. Это и послужило основанием для настоящего сообщения, представляемого с целью обмена опытом.

С 55 г. по 1 января 58 г. в хирургическом отделении Уруссинской больницы было прооперировано по поводу язвенной болезни желудка 10 больных (резекций желудка — 10), по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — 45 больных (резекций желудка — 39), рака желудка — 14 (резекций 14). Таким образом, всего было прооперировано 69 человек, из них резекция желудка была произведена у 63 больных.

¹ Доложено на межрайонной конференции врачей в гор. Альметьевске 25 июля 1958 г.

Кроме того, было произведено две гастрэктомии по поводу рака желудка. Из 5 дегастроэнтеростомий две были сделаны по поводу желудочно-ободочных свищей, одна резекция желудка с резекцией тонкого кишечника и поперечно-ободочной кишки, одна резекция желудка и тонкой кишки. В 10 случаях резекция желудка по поводу язвенной болезни сопровождалась частичной резекцией поджелудочной железы. Из операций по поводу раковых заболеваний комбинированных было 7 (операции резекции желудка с частичной резекцией поджелудочной железы, с резекцией поперечно-ободочной кишки и тонкого кишечника).

В возрасте от 20 до 30 лет было 18 больных, от 30 до 40 — 10, от 40 до 50 — 14, от 50 до 60 — 20 и старше 60 лет — 7.

Необходимым мероприятием в подготовке больного к операции мы считаем подготовку сознания больного к пониманию необходимости оперативного вмешательства и уверенности в благоприятном его исходе.

Предоперационная подготовка больных состоит в следующем: больному назначаются снотворные, а при соответствующих показаниях — сердечные, производятся внутривенные вливания 40% глюкозы по 20 мл, по 10 мл 10% раствора бромистого натрия, переливание крови. При стенозе, а также раковых поражениях желудка (за исключением кардиального отдела) мы производим больным промывание желудка в течение 3—4 дней до операции, обучая больного самого глотать зонд, чтобы после операции больному легче было производить откачивание желудочного содержимого.

Более истощенным больным, особенно пожилым и раковым, мы перед операцией вводим кислород в подкожную клетчатку.

Операции мы проводили под местным обезболиванием по А. В. Вишневскому.

С 1955 г. мы применяем бесклеммный метод резекции желудка. Все 63 резекции желудка проделаны без наложения клемм, часть операций — путем наложения гемостатических швов по Сапожкову.

Операция проходит под непрерывным капельным внутривенным вливанием крови, физиологического раствора, 5% раствора глюкозы.

После операции в брюшную полость вводится 300 000 ед. пенициллина в 20 мл 0,25% новокаина. В некоторых случаях вставляем на 2—3 дня в брюшную полость резиновый выпускник из тонкой резиновой перчатки.

В послеоперационном периоде больные получают подкожные вливания физиологического раствора или 5% раствора глюкозы в течение трех дней, внутримышечно пенициллин — 50 000 ед. через каждые 3 часа, внутривенно гипертонический раствор (10% — 100 мл), винную клизму, на ночь морфин или пантопон, промедол. Если у больного появляются тошнота и срыгивание, к концу первых суток после операции делаем откачивание желудочного содержимого и осторожное промывание желудка. Применяем раннее кормление больных, на вторые-третьи сутки разрешаем пить и съесть 3—4 сырых яйца.

Послеоперационной смертности не было.

Начали применять при операциях на желудке потенцированное обезболивание и интратрахеальный эфирно-кислородный наркоз. Сделано успешно 2 резекции желудка под интратрахеальным наркозом.

Прооперированные больные находятся под диспансерным наблюдением. Из оперированных умерла в ближайшие 6 месяцев одна больная (рак желудка), через год — 4 (рак желудка), через два года — один больной. Получены сведения от 48 больных, которые чувствуют себя хорошо. 36 человек выполняют свою прежнюю работу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросов Б. И. Хирургия, 1955, 5.— 2. Березов Е. Л. Вопр. хирургии желудка и пищевода. 1956.— 3. Кривошеев С. В. и Рубашов С. М. Резекция желудка при язвенной болезни. 1956.— 4. Полянцева А. А. Хирургическое лечение больных раком пищевода и кардии. 1954.— 5. Телков Н. А. Вест. хир. 1958, 1.— 6. Флеккель И. М. Язвенная болезнь, 1957.— 7. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. 1955.

Поступила 12 августа 1958 г.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПО МАТЕРИАЛАМ АЛЬМЕТЬЕВСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ТАССР¹

М. И. Маврин

(Главврач городской больницы — З. М. Балакина)

В хирургическом отделении нашей больницы с 1951 по 1957 гг. находилось на лечении с острой кишечной непроходимостью 97 человек (56 мужчин и 41 женщина).

В возрасте до 10 лет было 3, от 10 до 20 лет — 10, от 20 до 30 лет — 17, от 30 до 40 лет — 20, от 40 до 50 лет — 23, от 50 до 60 лет — 15, свыше 60 лет — 9. Наибольшее количество случаев падает на возраст 40—50 лет.

Госпитализированы в срок до 6 ч. от начала заболевания 20, до 12 ч. — 25, до 18 ч. — 14, до 24 ч. — 11 человек. Следовательно, в первые сутки поступило 70 больных, на вторые — 12, и на третьи 15. Таким образом, большая часть больных поступила со значительным опозданием. Однако, следует отметить, что с каждым годом в связи с приближением квалифицированной медицинской помощи к населению, улучшением диагностики и с оснащением специальным транспортом запоздалая госпитализация встречается реже.

Причинами позднего поступления больных были несвоевременная обращаемость больных и ошибки диагностики.

Первая причина связана чаще с формами динамической кишечной непроходимости, особенно у лиц преклонного возраста, и с заворотами слепой и сигмовидной кишок.

С ошибочным диагнозом направлено 9 больных; в том числе с острым гастритом — 2, с язвенной болезнью желудка — один, с диспепсиями кишечника — 2, с острым аппендицитом — один, с почечнокаменной болезнью — 2, с абортотом — одна. Больной с гастритом поступил на третьи сутки от начала заболевания. На операции обнаружено омертвление тонкой кишки, ущемленной в спайках. Больной умер от перитонита. Второй больной с острым гастритом поступил на вторые сутки. Здесь так же была при операции обнаружена гангрена ущемленной в спайках тонкой кишки, которая была резецирована; исход — выздоровление.

В терапевтическом отделении длительное время находился на лечении больной с язвенной болезнью желудка, у которого на операции установлен рубцовый стеноз петли тонкой кишки. Произведена резекция тонкой кишки, наступило выздоровление.

Б-ная Ш., 8 лет, находилась под наблюдением педиатров 5 суток с диагнозом «диспепсия». На операции оказалась инвагинация кишки.

По нашему опыту, особенно трудна для диагностики спаечная кишечная непроходимость, поскольку именно она чаще приводила к ошибкам.

Несвоевременно за помощью обратилось 14 человек. Часть из них надеялась, что боли вскоре пройдут, почему они и обратились за помощью лишь на вторые, третьи сутки и в отдельных случаях гораздо позже.

Так, 6-ной Ш., 71 г., лечился дома 10 суток и доставлен в тяжелом состоянии с каловой рвотой. При лапаротомии обнаружен заворот сигмы с ее омертвлением. Произведена одномоментная ее резекция. Через два часа от шока и интоксикации больной скончался.

Врачи направлено 50 больных, фельдшерами медпунктов и станцией скорой помощи — 34, 13 прибыли без направлений с попутным транспортом.

Количество врачебных направлений с каждым годом становится больше, чем фельдшерских.

Из 97 случаев кишечной непроходимости оперированы 41, 56 не оперированы ввиду разрежившейся непроходимости.

Мы во всех случаях непроходимости вначале проводим консервативные мероприятия: вводим атропин, производим пояснично-новокаиновую блокаду по А. В. Вишневному, повторные сифонные клизмы. Эти мероприятия во многих случаях разрешают непроходимость.

Сроки оперирования: до 6 ч. от поступления оперировано 10 человек, до 12 — 8,

¹ Доложено на конференции хирургов ТАССР в г. Казани в 1957 г.