

## 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 ТАССР<sup>1</sup>

*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,

<sup>1</sup> Доложено на конференции хирургов ТАССР в г. Казани в 1957 г.

от 12 до 18 ч. — 9, от 12 до 24 ч. — 5. Всего в первые сутки оперировано 32, на вторые — 3, на третьи — 5 и на 18 сутки — один больной по поводу рубцового сужения петли тонкой кишки. Все операции производились под местной анестезией по А. В. Вишневному.

Больных с заворотом сигмы было 9, слепой кишки — 1, тонкой — 7.

Со спаечной кишечной непроходимостью наблюдалось 16, с инвагинацией — 6, с узлообразованием — 2.

Характер вмешательств: в 3 случаях произведена одномоментная резекция сигмы, в том числе с одновременной резекцией тонкой кишки, длиной до 4 м 20 см, с последующим наложением калового свища на слепую кишку; произведено раскручивание заворота — 10, рассечение спаек — 12 (в одном случае — одновременно с аппендэктомией), дезинвагинаций — 4 (два случая вместе с аппендэктомией) и 12 резекций тонкой кишки.

В одном случае заворота тонкой кишки с явлениями перитонита и в другом — инвагинации с перитонитом — наложены каловые свищи на подвздошную кишку (И., 62 лет, и Г., 34 лет).

В четырех случаях был неправильный диагноз до операции. У больного С. до операции диагностирована острая кишечная непроходимость, на операции оказалась эмпиема желчного пузыря; произведена холецистэктомия. В другом случае до операции поставлен диагноз инвагинации, на операции обнаружена водянка желчного пузыря. Произведена холецистэктомия. В третьем случае при диагнозе прободения язвы желудка хирург натолкнулся на заворот сигмы. В четвертом случае на операции, вместо стеноза привратника, обнаружен рубцовый стеноз петли тонкой кишки.

Из 41 оперированного умерло 6 (14,6%), большинство — от перитонита. Все эти больные оперированы на поздних сроках поступления: на вторые, третьи сутки и позже.

Летальность при острой кишечной непроходимости с каждым годом снижается, благодаря ранней госпитализации и раннему оперированию, вместе с комплексным лечением сопутствующих осложнений: шока, интоксикации и перитонита, проводимого как до операции, так и в послеоперационном периоде. Особый эффект наблюдался от переливаний крови, вливаний больших количеств физиологического раствора, гипертонических растворов поваренной соли, глюкозы и антибиотиков.

Открытие пункта переливания крови при медсанчасти значительно облегчает работу хирургов в оказании экстренной помощи, в частности при острой кишечной непроходимости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Маценко П. А. Вест. хир. 1957, 3.— 2. Огнева Э. Н. Вест. хир., 1958, 1.

Поступила 8 сентября 1958 г.

### К ВОПРОСУ О ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОМ ВЛИВАНИИ КРОВИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ<sup>1</sup>

*Доц. З. Ш. Гилязудинова*

Из 2-й кафедры акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В акушерско-гинекологической практике внутриартериальное введение крови и лекарственных веществ не получило еще должного распространения. В последние годы появились в печати работы Л. С. Персианинова и С. Ф. Автюховича (1953), И. Т. Мильченко и Н. П. Калашниковой (1953) об успешном применении артериального нагнетания крови при острой кровопотере и шоке.

Наша клиника применяет внутриартериальное нагнетание крови с декабря 1954 г. Артериальное введение крови произведено 27 больным по жизненным показаниям.

При определении показаний для артериального нагнетания крови мы исходили из высоты АД и состояния организма.

Внутриартериальное вливание крови мы начинали, в основном, при максимальном АД—65 и ниже. У ослабленных и истощенных

<sup>1</sup> Доложено на заседании общества акушеров-гинекологов в г. Казани 28/VI-56 г. и на конференции врачей Казанской железной дороги 15/XI-56 г.