

К ВОПРОСУ О МОБИЛИЗАЦИИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА
С ПРЯМЫМ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗОМ

А. М. Пилип

Запорожье

С целью показаний к резекции желудка с прямым гастродуоденоанастомозом мы усовершенствовали методику мобилизации двенадцатиперстной кишки, предложенную Кохером (1893).

Кохеровская мобилизация вертикального отдела кишки вместе с головкой поджелудочной железы справа налево дополнена мобилизацией вертикального отдела слева направо (расширенная или субтотальная мобилизация двенадцатиперстной кишки) и мобилизацией нижнегоризонтального отдела (тотальная мобилизация).

Предложенные технические приемы дают возможность выполнить резекцию желудка при труднодоступных и осложненных язвах, высоко расположенных язвах желудка и низко расположенных язвах двенадцатиперстной кишки.

На 542 резекциях желудка с прямым гастродуоденоанастомозом, выполненных в Запорожской области, мобилизация двенадцатиперстной кишки произведена при 408 операциях (75,3%). Летальность составляет 1%. Осложнения, закончившиеся выздоровлением, отмечены у 29 больных (7,1%).

В отдаленном периоде обследованы 236 человек (58%). Результаты вполне благоприятные.

ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ
И ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ
ПРИ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЯХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

В. И. Пилия, О. Д. Жвания, Н. Е. Ломадзе

Тбилиси

Электроимпульсная терапия некоторых нарушений ритма сердца является эффективным и безопасным методом. Его применили при лечении 157 больных (у 119

больных было мерцание предсердий, у 12 — пароксизмы мерцательной аритмии, у 16 — трепетание предсердий, у 7 — желудочковая форма пароксизмальной тахикардии, у 3 — желудочковая фибрилляция). Возраст больных от 7 до 78 лет.

Электроимпульсную терапию проводили аппаратом конструкции Н. Л. Гурвича (ИД-1 ВЭИ) под интравенозным наркозом без релаксантов. Длительность электрического импульса — 0,01 сек., начальное напряжение — 4000 в, затем при необходимости его постепенно повышали до 7000 в. После электроимпульсной терапии синусовый ритм восстановился у 80% больных. Рецидивы чаще наблюдались через 6—12 месяцев, реже в первые 10 дней. Повторная электроимпульсная терапия при рецидивах проведена 24 больным. Электроимпульсную терапию применяли также перед митральной комиссуротомией (28) для быстреего выведения больных из состояния декомпенсации сердца и уточнения преобладания стеноза или недостаточности митрального клапана.

Осложнения (фибрилляция желудочков — у 1, отек легких — у 2, субфебрильная температура — у 5) были устранены соответствующей терапией.

У 8 больных с полной поперечной блокадой сердца была осуществлена электростимуляция (у 4 — наружная временная и у 4 — внутренняя постоянная). Показанием к применению наружной временной электростимуляции (аппарат ЭКСН-1) явилась асистолия, вызванная приступом Морганьи-Эдемса-Стокса. Частота ритма — 30/60 имп./мин., продолжительность стимуляции — 3—5 мин.

Постоянная миокардиальная электростимуляция достигнута аппаратом ЭКС-1 путем торакотомии в V левом межреберье. Частота пульса у этих больных колебалась в пределах 28—34 в мин. Давность заболевания составила 3—8 лет. Больным был «навязан» ритм 63—64 в минуту. Состояние оперированных больных значительно улучшилось; они стали подвижными, вернулись к обычным занятиям.