

стей операции, но и из физиологической их целесообразности. В этом отношении несомненны преимущества операций, предусматривающих сохранение илеоцекальной зоны с терминальным отделом подвздошной кишки.

БЕСШОВНАЯ ИНТЕСТИНОПЛИКАЦИЯ ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Е. О. Непокойчицкий (В и т е б с к)

В последнее десятилетие при лечении спаечной болезни брюшной полости широко применяются как пристеночная, так и чрезбрыжеечная интестинопликации. Однако пристеночная интестинопликация имеет серьезные недостатки, такие как длительность и травматичность ее выполнения, образование межпетлевых абсцессов, выраженный и продолжительный парез фиксированной тонкой кишки, сохраняющиеся боли в животе. Чрезбрыжеечная интестинопликация лишена этих недостатков, но у значительной части больных послеоперационный парез протекает в течение 4—6 дней и с трудом купируется сложным комплексом консервативных мероприятий.

Мы произвели бесшовную интестинопликацию по методу Рихарда больной М., 26 лет, страдавшей спаечной болезнью брюшной полости.

10/IX 1971 г. проведена верхне-срединная лапаротомия, разделены внутрибрюшинные спайки. На переднюю стенку желудка наложены 2 кисетных шва, в центре которых сделано отверстие, через него проведен резиновый зонд диаметром 0,8 см и длиной около 5 м. Через каждые 4 см в стенке зонда проделаны округлые отверстия. Периферический конец заканчивается специальной оливой из плексигласа, диаметр которой на 0,4 см больше диаметра резиновой трубки. Зонд без особого труда проведен через двенадцатиперстную кишку, затем на него последовательно нанизана вся тонкая кишка и 10 см слепой кишки. После этого тонкая кишка уложена в 6 горизонтальных рядов с таким расчетом, чтобы изгибы петель прикрывали толстую кишку, а рядом расположенные петли соприкасались боковыми стенками, что обеспечивает фиксацию в приданном положении за счет сращения десерозированных участков. Затянуты кисетные швы. Центральный участок зонда выведен из брюшной полости через отверстие, сделанное слева от лапаротомного разреза, и подтянут до соприкосновения передней стенки желудка с передней брюшной стенкой живота. Налажен отток желудочно-кишечного содержимого в стеклянный приемник.

Послеоперационный период протекал гладко. Живот не взду-

вался, был мягким. Через интубационную трубку в течение 3 дней выделилось соответственно 600, 400 и 150 мл желудочно-кишечного содержимого. Перистальтика кишечника восстановилась на 4-й день после операции. На 9-й день сделана рентгенография брюшной полости. На ней было видно, что абсорбальный конец зонда располагается в тонкой кишке, что является показанием для извлечения его через гастростому. Под прикрытием наркотиков зонд извлекался по 50—70 см в час. Желудочный свищ закрылся спустя 3 дня с момента извлечения зонда. Наступило выздоровление.

Наше наблюдение свидетельствует о целесообразности применения бесшовной интестинопликации при хирургическом лечении спаечной болезни.

АЦЕТИЛХОЛИН И ЕГО ЭСТЕРАЗЫ В ТКАНЕВОМ КРОВОТОКЕ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. С. Багдасарьян (С м о л е н с к)

Нами определялось содержание ацетилхолина (АХ) в крови, взятой из локтевой и варикозной вен больных, унифицированным биологическим методом по Г. Н. Кассилю, И. Е. Симавину с соавторами; активность ацетилхолинэстеразы по А. И. Гошеву — Н. В. Дмитриевой; псевдохолинэстеразы (ПХЭ) колориметрическим способом, а также изучался транскпиллярный обмен методом Ландиса — Залесского в модификации Алексеева.

Обследовано 211 человек, из них мужчин было 49 (23,3%), женщин — 162 (76,7%). Больных клапанной формой варикоза было 88 человек (41,7%), из них с первой стадией болезни — 24, со второй — 51 и с трофическими язвами — 13 больных. С формой Пратта обследовано 43 человека (20,3%). По стадиям они распределялись следующим образом: первая была у 25 больных, вторая — у 14 и третья — у 4 человек. Смешанной формой варикозной болезни страдали 80 больных (40%). Первая стадия была у 42 человек, вторая — у 32 и третья — у 6 больных.

При клапанной и смешанной формах варикоза содержание АХ в венозной крови на верхних конечностях держалось в пределах нормы или несколько превышало ее (0,54—0,90 $\gamma\%$). При форме Пратта содержание АХ в локтевой вене было несколько меньше, чем при других формах (0,48—0,68 $\gamma\%$). У больных клапанной формой содержание АХ в крови, взятой из варикозной вены, было наиболее высоким, причем повышалось от I стадии ($1,43 \pm 0,11 \gamma\%$) к III ($1,82 \pm 0,28 \gamma\%$). Повышение содержания АХ наблюдалось и при смешанной форме варикоза. Так, в I стадии