

На основании наших случаев и литературных данных мы пришли к следующим выводам: 1) Осумковывающие кишечник хрон. перитониты представляют из себя довольно редкую форму хронических перитонитов с невыясненной до сих пор этиологией и своеобразной клинической картиной. 2) Распознавание о. х. п. довольно трудно, подчас даже невозможно, и обычно диагноз ставится на операционном столе. 3) О. х. п. необходимо дифференцировать с перитонитами туберкулезными, пневмококковыми и с различными другими формами перитонитов. 4) Симптоматология о. х. п. весьма разнообразна, начало заболевания обычно бывает незаметным, принимая в дальнейшем хрон. течение. 5) Признак Thomayer—Волковича—опухоль, располагающаяся главным образом в правой половине живота, является одним из верных диагностических признаков при о. х. п. 6) Лечение о. х. п. по различным авторам—различное, начиная от консервативных методов и кончая радикальным вмешательством вплоть до резекции кишек. 7) Прогноз довольно благоприятный, обычно клиническое выздоровление, случаи летальных исходов—редки. 8) Ввиду многих неясностей, с которыми нам приходится сталкиваться при о. х. п., необходимо для полноты клинической картины дальнейшее изучение и тщательное исследование всех подобных случаев, описываемых как у нас, так и в иностранной литературе.

Из хир. отд. (зав. д-р Соколов) Родниковской районной больницы Ив.Пром. области.

Ранняя диагностика и лечение ограниченных перитонитов после операций на желудке.

Д-р О. А. Соколов.

Как по литературным данным (Штих и Маккас, Цимхес, Тихов и др.), так и в практической жизни послеоперационные перитониты текут вообще атипично.

Диагностика разлитого перитонита не представляет никаких затруднений и сомнений. Симптомы перитонита различаются, как местные, так и общие, от интоксикации организма (Цимхес, Штих, Зильберберг и др.). Местные симптомы: боль, чувствительность к давлению, напряжение мышц бр. стенки, эксудат, паретическое состояние кишечника, как следствие этого—метеоризм, рвота, икота, задержка стула и отхождения газов, затруднение мочеиспускания. К общим симптомам относятся: изменение t^0 , дыхания, пульса и кровяного давления. Проекция болей может быть и ошибочна—это надо всегда помнить, так как, например, при плевро-пневмониях (Левит) часто больные локализируют боли в области живота, может это быть и по отношению напряжения брюшной стенки. Последнее наблюдается при кровотечении в полость живота (Кэрвен), при перекручивании кист яичника на ножке

очаг между печенью и желудком (ограниченный перитонит), который и вызвал при распространении общее воспаление брюшины.

Случай 2. Больной Г., 47 лет, свиновод колхоза, поступил в хир. отд. 30/V 31 г. из терапевт. отд., где находился по поводу острого желудочного кровотечения. Типичный язвенный анамнез в течение 5 л. Две недели тому назад внезапно появилась кровавая рвота, доставлен в терапев. отд. нашей б-цы. Кровотечение под влиянием покоя и лечения прекратилось, переведен для операции в хир. отд. Со стороны органов грудной полости особых отклонений от нормы не отмечено. Бледен. Желудок перкуторно расширен, болевая точка в левом подреберьи. 30/V операция под эфирным наркозом. Средняя лапаротомия—желудок расширен—плотная язва с нишей у самого пищевода по малой кривизне. Произведено обшивание язвы с последующей перитонизацией и наложением Г.—Э. с короткой петлей по Петерсену. Шов бр. стенки наглухо. Капельная клизма. Морфий на ночь. 31/V— t^0 —37,0, Р.—84, живот слегка напряжен, газы не выходят, перист. пугрычатая. К вечеру t^0 —38,1, Р.—100, перист. волнообразная, боли в ране. Изредка икота, живот более вздут, напряжен, болезнен. Сидит. пьет чай. В легких много влажных хрипов. Аутогемотерапия 20,0. 1/VI— t^0 —37,0, Р.—88, икота, живот вздут, напряжен. Блюмберг +. Боли в подложечной области, тупость печени уменьшена. Перист. отдельными пузырьками. Капельная клизма. В вену 10,0 20% NaCl. На бедре наложен скипидарный абсцесс. К вечеру Р.—90. Блюмберг abs. Состояние стало лучше. 2/VI— t^0 —норма. Р.—30. Живот вздут в верхних отделах, напряжен, тупость печени abs, икота, 2—3 раза икота со срыгиванием желчью. Правосторонний френникус симптом +. Перист. отдельные пузырьки. В перевязочной под хлор-этиловым наркозом вскрыта операционная рана в верхней части—между желудком и печенью, ближе к пищеводу кровянисто-серозный экссудат, с небольшим количеством газов. 2 тампона к месту обшитой язвы. Повязка. К вечеру—Р.—100, стул и газы после клизмы. Икота, срыгивает желчью. В вену 10,02% NaCl. В вену 2000,0 глюкозы пополам с физиологич. раствором, инсулин подкожно. Стул есть, много пьет. 3/VI— t^0 —норма, Р.—85. До утра икал, срыгивал с желчью, затем икота прошла. Живот вздут—стал мягче, перист. отдельными пузырьками, изредка волны. Стали выходить газы. Капельная клизма. В вену 2000,0 глюкозы пополам с физиологич., инсулин подкожно. 4/VI— t^0 —норма, Р.—84, живот мягче, меньше вздут, самостоятельный стул и газы. Самочувствие лучше. Перевязка—тампоны не извлекали. Сидит. Не может ходить из-за слабости. В дальнейшем гладкое послеоперационное течение, тампоны постепенно извлекались, к 29/VI рана полностью зажила, поправился. Самочувствие хорошее. Осмотрен в 1933 г.—желудочных жалоб нет—в верхней части рубца образовалась послеоперационная грыжа (где были тампоны). Больного грыжа не беспокоит.

Случай 3. Больной В., 29 лет, колхозник. Поступил в хир. отд. 22/II 33 г. Болен 2 года, изжога, рвота часа через 1½ после еды. Последние 2 недели резкие боли. В январе текущего года лежал в терапев. отдел. безрезультатно. St. praesens, высокого роста, правильное телосложения, ослабленного питания, бледен. Со стороны легких и сердца—норма. Р.—100 в 1'. Живот втянут, болевая точка на 4 пальца выше пупка и слева. Ежедневная рвота вскоре после еды. Жел. сок: О. К.—54, свободная соляная—28,—кровь +. В кале реакция на кровь +. Рентген от января 1933 г.: язва малой кривизны желудка с нишей. 27/II операция под сплянхникус анестезией по Брауну—средняя лапаротомия—язва средней трети желудка по малой кривизне с нишей—впаивание в поджелудочную железу. Резекция—1/2 желудка по Билльрот 1. Шов наглухо. После операции переливание 250,0 крови 1 группы. Б-ной 2 (А) группы. 28/II— t^0 —норма, Р.—130, живот вздут в верхних отделах, слегка напряжен. Икота, правосторонний френникус симптом. Пьет. Перист. нет. Переливание крови 11 группы 250,0. Капельная клизма. Вливание физиолог. раствора. 1/III— t^0 —норм. Р.—120. Живот мягче, икота, перист. волнообразная, стали выходить газы. Самочувствие удовлетворительное. Сидит. Пьет. С 2/III по 8/III— t^0 —норма, Р.—90—100, мучает икота. Стул самостоятельный, газы выходят, небольшое вздутие верхнего отдела живота и уменьшение тупости печени. Сняты швы—первичное заживление. 9/III— t^0 —норма, Р.—120, резкое ухудшение, сильные боли в животе. Живот вздут, напряжен, тупость печени значительно уменьшена. Перист.—единичн. пузырьки, икота, несколько раз рвота с желчью. Больной осунулся. Лапаротомия под эфирным наркозом—параллельно операционному рубцу—в верхнем отделе живота—гнойный экссудат, очаг которого между печенью и желудком. Тампонада. Переливание крови

1 группы 700,0, 10/III — t^0 — норма. Р.—100. Самочувствие лучше, икота, живот мягче, живая перистальтика. Капельная клизма, инсулин-глюкозная терапия, сердечные. Повязка обильно промокает отделяемым. 11/III — t^0 — 37,6, Р.—120 слабый. Живот болезнен, вздут, перист. нет, заметно слабеет, назначения те же. 12/III в 8 ч. утра больной умер при явлениях нарастающей сердечной слабости. Аутопсия: разлитой перитонит — очаг ограниченного перитонита был между швом малой кривизны и печенью — который прорвался и к 9/III вызвал общее воспаление брюшины.

При рассмотрении наших трех случаев бросаются в глаза некоторые общие симптомы. Первое — это икота, которая началась в случае 2 и 3 на 2-й день после операции, а в 1 случае на 5-й день; затем френникус симптом — который был выражен в 1 и 2 случаях на 4-й день, в 3 сл. на 2-й день; срыгивание в 1 и 2 случаях на 4-й день, в 3 сл. на 11-й день, т. е. тогда, когда ограниченный перитонит перешел в общий перитонит. Во 2 и 3 сл. мы имели небольшую вздутость верхней части живота, более или менее болезненную и уменьшение тупости печени, что было и в первом случае. Как правило, во всех трех случаях пульс мало реагировал на ограниченный перитонит брюшной полости, но все же был выше нормы. Температура в 1 сл. доходила до 38,0, правда, мы ее легко объясняли небольшими осложнениями со стороны легких, во 2 и 3 сл. t^0 была нормальная. Хорошим диагностическим подспорьем должна служить перистальтика, но во всех случаях она была выражена, правда, хотя и слабо. Во всех трех случаях газы выходили и был стул. Мы не пользовались ни в одном из случаев рентгеноскопией, которая весьма возможно дала бы нам указания на ограничение подвижности диафрагмы и газ, а, м. б., мы ничего не получили бы (Кэрвен, Ваза).

Из изложенного становится понятно, что симптоматология образующихся нарывов около желудка достаточно разнообразна, хотя имеются и однообразные симптомы, которые не всегда характерны для ограниченных перитонитов около желудка. Икота бывает часто при операциях на желудке, не только при резекциях, но и при гастро-энтеростомиях, что мы неоднократно наблюдали и, конечно, указать нам на образование ограниченного нарыва (перигастрита) не может. То же о срыгивании желчью — что часто бывает после резекций и Г.-Э. Более постоянным симптомом является френникус симптом, небольшое вздутие надчревной области живота и уменьшение тупости печени.

Откуда начались ограниченные перитониты? Нам ясно, что причиной их образования были погрешности в технике. Молодая на основании своих экспериментов считает, что возбудители инфекции попадают в бр. полость во время операций и при достаточной вирулентности возбудителя и ослаблении защитных сил организма могут играть роль в происхождении послеоперационных осложнений вплоть до молниеносных перитонитов. Бир полагает, что вирулентной инфекции не в силах противостоять и естественные защитные свойства даже здоровой брюшины. Штих и Маккасе все послеоперационные перитониты делят на 3 группы: 1) случаи инфицированные снаружи — оператором, инструментами и материалом для швов. 2) Инфекция брюшины собственными возбудителями больного — вскрытие инфицированных полостей и т. п. 3) Третья группа охватывает те случаи, где несложно дней после операции все обстоит благополучно, пока на третий или четвертый день не обнаружится недостаточность шва и не разовьется перитонит. В этих случаях опытный хирург скорее всего может быть еще удастся своевременной релaparотомией предотвратить роковой исход.

Следовательно, инфекция, попавшая в брюшную полость во время вскрытия желудка и даже шва вокруг язвы — была настолько сильна, что вызвала образование ограниченных перигастральных перитонитов. И если мы можем наши 2 и 3 случаи отнести к 2 группе послеоперационных перитонитов по Штих и Маккасе,

то 1 случай стоит на границе 2 и 3 групп. Во время аутопсий мы интересовались в 1 и 3 сл. швами стенки желудка и нигде видимых отверстий не нашли. Карно полагает, что перигастриты как доброкачественные, ведущие к спайкам, так и ограниченные перигастральные перитониты развиваются после желудочных операций и, если они непосредственно прилегают к диафрагме, то вызывают „диафрагмальные симптомы“.

Выраженный френикус симптом, а отчасти и икоту именно приходится считать за раздражение блуждающего нерва и диафрагмы (Штих, Карно, Лежар и др.). Кэрвен считает, что при ограниченных перитонитах надчревной области образуются газовые пузыри, которые уменьшают тупость печени, что мы имели в наших случаях.

Гарре, Лежар и др. считают, что ограниченные перитониты в большинстве случаев легко прощупать, когда они, конечно, расположены в открытых частях живота, но не под печенью и не под подреберной дугой около диафрагмы. Поэтому мы ни в одном своем случае не видели взбухания бр. стенки и ничего не могли прощупать, хотя относительное вздутие верхнего отдела живота нами отмечено во всех случаях.

Симптоматология, на основании наших случаев и литературных данных, ограниченных перигастральных перитонитов выражается в следующем: икота, срыгивание, вздутость надчревной области, уменьшение тупости печени, френикус симптом, местный Бюмберг, ^{то} может быть повышенной, а может быть нормальной, как и в наших случаях. Пульс вначале остается нормальным, потом начинает учащаться. Перистальтика кишек сохраняется до момента перехода ограниченного перитонита в общий. Газы выходят, стул может быть самостоятельным.

Все же определенных точных симптомов мы не имеем и диагноз таких ограниченных перитонитов труден. Поэтому каждый случай после операции на желудке, имеющий икоту, отрыжку, вздутие живота надчревной области и др. вышеуказанные симптомы, должен заставить хирурга подумать о возможности образования ограниченного перигастрального перитонита.

Лечение: Когда поставлен диагноз ограниченного перитонита—необходимо оперировать (Карно, Лежар, Цимхес, Греков и др.) то же, конечно, относится и к перигастральным ограниченным перитонитам. Долго ли надо выжидать с оперативным лечением? Чем скорее мы вскроем ограниченный перигастральный перитонит, тем больше шансов на спасение больного. В случае 2 мы вскрыли огранич. перигастр. перитонит на 4-й день после операции и больной остался жив, в случае 1 на 8 день, а в случае 3—на 11 день, оба последних больных погибли. Дренажировать или нет? Видимо необходимо дренировать или тампонировать (Лежар, Тихов, Бир, Левит, Греков и др.) и тампонировать обильно.

Послеоперационное лечение—необходимо применять в больших количествах жидкости для промывания организма больного, сюда хорошо подходит инсулин-глюкозная терапия по Березову, капельные клизмы, вливание физиологического раствора. Хорошие результаты дает переливание крови, как метод, хорошо восстанавливающий силы ослабленного больного.