

Чтобы исключить или уменьшить ошибки операционной диагностики, следует производить при лапаротомии обследование желудка и соседних с ним органов методично, обязательно со вскрытием сальниковой сумки.

При обнаружении опухоли, принимаемой за неоперабельную карциному, желательно (а часто необходимо) иссечение кусочка опухоли или увеличенных регионарных лимфатических узлов иногда из нескольких мест для срочного гистологического исследования. Правда, биопсию в некоторых случаях произвести трудно.

Мы считаем возможным устранение значительной части ошибок операционной диагностики при язвенной болезни желудка. Профилактической мерой являются: тщательное изучение анамнеза, полная клинического исследования больного с применением эндоскопических методов исследования (гастроскопии, гастробиопсии, лапароскопии и гастротомии). Важно, чтобы консультация высококвалифицированного хирурга могла сопровождаться личным его участием во время операции и обследованием патологических изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисов С. С. Вест. хир., 1964, 2. — 2. Бакулев А. Н. Клинические очерки оперативной хирургии. Медгиз, М., 1954. — 3. Волков П. Т. Вопр. онкол., 1959, 1. — 4. Гдалина Т. Д. Хирургия, 1954, 11. — 5. Добросердова А. К. Хирургия, 1951, 7. — 6. Кожевников А. И. и Вазин Н. А. Сб. тр. госпит. хир. клиники ГМИ. Изд. Горьковского мед. ин-та, Горький, 1941.

УДК 616—089. 168—06—616—089. 87—616. 33—002. 44

БЛИЖАЙШИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

П. В. Кравченко и О. С. Кочнев

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Результаты хирургического лечения язвенной болезни неуклонно улучшаются, смертность после резекций желудка заметно уменьшается. Этому способствовали рост квалифицированной хирургической помощи, стандартизация методов оперативного лечения и улучшение техники оперирования. Не менее важную роль сыграло и совершенствование тактики при уже развившихся осложнениях.

Мы подвергли анализу 383 истории болезни оперированных в нашей клинике за последние 9 лет по поводу язвенной болезни. Мужчин было 348, женщин 35, в возрасте от 10 до 19 лет было 10, от 20 до 39 лет — 216, от 40 до 59 лет — 146 и старше — 11 чел.

Согласно установке, принятой в клинике, оперативному лечению подлежат те лица с язвенной болезнью, которые лечились безуспешно в течение не менее 2 лет у терапевтов и при этом в течение 2 месяцев стационарно. К условно абсолютным показаниям мы относим субкомпенсированные стенозы выходной части желудка и язвенные кровотечения. Мы считаем операцию абсолютно показанной при декомпенсированных стенозах после соответствующей энергичной предоперационной подготовки и при обоснованном подозрении на перерождение язвы в рак. Поэтому у большинства наших больных была значительная длительность заболевания (от 3 лет до 16).

119 операций выполнено под местной анестезией, 19 — под местным потенцированным обезболиванием, 26 — под потенцированным эндотрахеальным наркозом и 219 — под эндотрахеальным интубационным наркозом с применением релаксантов. У большинства оперированных больных выполнена типичная резекция двух третей желудка по Бильрот-II — Гюфмейстеру — Финстереру. У 16 больных была произведена резекция для выключения, которую мы считаем показанной при низко сидящей язве с пенетрацией. Правда, эту операцию, часто спасительную, мы не склонны рекомендовать при кровоточащих язвах из-за возможности кровотечения из оставленной язвы. Мы наблюдали одного такого больного.

Приводим выписку из истории болезни.

Г., 30 лет, поступил 16/ХІІ 1963 г. с жалобами на боли в подложечной области, появляющиеся через 1,5—2 часа после еды, изжогу, тошноту, временами рвоту. За последние 2 года боли стали беспокоить по ночам. Прием соды перестал приносить облегчение. Болен в течение 10 лет. 2 года назад был дегтеобразный стул.

Через год кровотечение повторилось. За 5 дней до поступления вновь был дегтеобразный стул. Во время болезни неоднократно при рентгеноскопии обнаруживалась язва двенадцатиперстной кишки. При клиническом и рентгенологическом обследовании был подтвержден диагноз дуоденальной язвы.

Гем. — 66%, Э. — 3 280 000, РОЭ — 5 мм/час, Л. — 5500, п. — 2%, с. — 54%, э. — 3%, л. — 27%, м. — 4%.

После глюкозо-инсулино-витаминовой терапии 8/1 1964 г. произведена операция под эфирно-кислородным интубационным наркозом. Во время операции обнаружена язва двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в печеночно-двенадцатиперстную связку и обширный спаечный процесс. Сделана резекция для исключения по Финстереру. Послеоперационное течение гладкое.

20/1 1964 г. больной был уже выписан, но перед уходом из отделения почувствовал резкую слабость, головокружение. Оставлен в стационаре. Вечером у него был дегтеобразный стул, количество гем. упало до 49%. Проводилась обычная гемостатическая терапия и капельное переливание крови.

21/1 1964 г. состояние резко ухудшилось. Увеличилась бледность, головокружение, слабость. Пульс 120, АД 90/40. Гем. — 41%. К проводимой терапии добавлено внутривенное введение 1% раствора протамин-сульфата с глюкозой.

22—23/1 1964 г. состояние без особых перемен, но количество гем. упало до 31%. Дегтеобразного стула больше не было. С помощью консервативного лечения с постоянным переливанием крови больной из тяжелого состояния выведен.

Выписан 15/II 1964 г. в удовлетворительном состоянии. Кровотечение больше не повторялось.

Из 383 больных после резекции желудка умерло 9 (2,6%). Причины смерти у 4 больных — недостаточность культи дуоденума и в связи с этим развившийся перитонит; у 2 — ишемический некроз стенки желудка с последующим развитием также перитонита; у одного — двухсторонняя пневмония и почечная недостаточность. Один больной умер от развившегося в послеоперационном периоде панкреатита с расплавлением стенки желудка, двенадцатиперстной кишки и желчного пузыря и у одного причиной смерти явилась спаечная кишечная непроходимость.

Одним из наиболее грозных осложнений, наблюдающихся в ближайшем послеоперационном периоде и требующих максимального внимания хирурга, является недостаточность культи двенадцатиперстной кишки. Это тяжелое осложнение, несмотря на предложенные многочисленные методы закрытия культи, встречается довольно часто (от 1 до 4,4%). Количество таких осложнений не снизилось и за последние годы. Так, С. В. Климова (1960) наблюдала их у 2,2% своих оперированных больных. Она приводит ряд причин, ведущих к развитию этого осложнения: 1) плохое ушивание культи, 2) излишняя деваскуляризация и скелетирование аборального конца двенадцатиперстной кишки; 3) застой содержимого в культе; 4) гипопротейнемия; 5) повреждение поджелудочной железы и др.

Мы наблюдали это осложнение у 12 наших больных (3,1%). В определении тактики хирурга при нем до сих пор нет единодушия. Ряд авторов считает показанной во всех случаях операцию (П. В. Рыжов, 1959). Дальнейшие поиски рациональной тактики при данном осложнении вызваны тем, что летальность при дуоденальной недостаточности составляет 46% (по сводной статистике Маянца, 1948). Мы различаем раннюю и позднюю недостаточность культи двенадцатиперстной кишки. При возникновении дуоденальной патологии в первые 2—4 дня всегда существует реальная угроза развития разлитого перитонита из-за неполной изоляции области несостоятельной культи. При образовании же дуоденального свища в поздние сроки процесс обычно ограничивается подпеченочным пространством, и дальнейшая правильная тактика обеспечивает благоприятный исход. Мы считаем, что повторная операция показана лишь при наличии разлитого перитонита. Пока же процесс не вышел за пределы дуоденальной области, следует применять консервативное лечение.

О возникновении опасности сигнализируют не только изменения в клинической картине, но и лабораторные анализы. Лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения и отсутствие эозинофилов, появление гиалиновых и восковидных цилиндров в моче часто сигнализируют о развитии катастрофы в области культи двенадцатиперстной кишки.

Консервативное лечение заключается в запрещении приема пищи через рот и в парентеральном введении жидкости (2,5—3,0 л в сутки). С целью ликвидации гипопротейнемии один раз в 2—3 дня переливают кровь. Питание через рот разрешается через 2 дня на третий. Для уменьшения панкреатической секреции назначают соду до 3,0 в сутки и вводят подкожно атропин по 0,5 мл 2 раза в день.

Еще в 1918 г. Финстерер предложил подводить тонкий дренаж к месту культи дуоденума, когда нет уверенности в прочности закрытия ее и когда возникает опасность развития дуоденальной недостаточности. Н. В. Советов (1946) считает, что воспалительный процесс при пенетрирующих язвах может привести к тяжелому осложнению в послеоперационном периоде в виде недостаточности культи даже и при надежном ее укрытии. Поэтому он рекомендует в таких случаях заканчивать операцию подведением резинового дренажа.

Мы применяли резиновый дренаж 160 раз. Причем частота нагноений у наших больных оказалась не выше, чем по данным других авторов, что опровергает доводы

противников «профилактического» дренажа. Особое внимание мы обращаем на предохранение кожи вокруг дренажа от мацерации. С этой целью ежедневно обрабатываем кожу раствором марганцевокислого калия, а затем цинковой пастой. В большинстве случаев дуоденальное содержимое хорошо эвакуируется через дренаж. Воспалительные явления в области культи быстро купируются, процесс ограничивается, кожа остается интактной. Под влиянием такого лечения через 2½—3 недели наступает закрытие свища. Трубку мы удаляем в конце этого срока, когда дуоденального содержимого выделяется очень мало.

3 из 4 больных, в дальнейшем погибших от перитонита вследствие недостаточности культи, развившейся на ранних сроках, были повторно оперированы. Операция заканчивалась тампонадой и дренированием брюшной полости.

Немаловажное значение для профилактики недостаточности культи дуоденум имеет удовлетворительная эвакуация содержимого из культи желудка. В связи с этим дискутируется вопрос о целесообразности в отдельных случаях наложения анастомоза на длинной петле с брауновским соустьем.

Исходя из опыта клиники, мы считаем возможным полностью присоединиться к мнению А. А. Русанова (1963), что наложение анастомоза на короткой петле является лучшим методом профилактики нарушений опорожнения культи желудка.

Самым частым послеоперационным осложнением, по нашим наблюдениям, как и по данным других авторов (Т. Ф. Лаврова, 1953; М. Л. Генкин, 1961; А. Ф. Анисимов, 1962), является нарушение эвакуаторной функции. Так, Т. Ф. Лаврова обнаружила диспепсические расстройства после операции у 34,6% больных. Нами отмечены срыгивания и рвота у 9% наших послеоперационных больных и у 6,4% — отрыжка и тошнота. Обычно диспепсические расстройства были недлительными, от 1 до 5 дней. Применение однократного или повторных отсасываний желудочного содержимого и промываний теплой водой с добавлением соляной кислоты приводило к удовлетворительному разрешению этого тягостного для больных осложнения. К использованию постоянного дренажа желудочной культи мы прибегали крайне редко.

Упорные расстройства эвакуаторной функции культи желудка в результате развития анастомозита наблюдались у 8 больных (2,1%). Обычно прекращение питания и парентеральное введение жидкостей несколько облегчает состояние больного, но оставляет в затруднительном положении хирурга. Сомнения в истинной причине непроходимости постоянно толкают хирурга к повторному оперативному вмешательству. Мы не согласны с мнением авторов, предпочитающих при таких обстоятельствах раннюю релапаротомию (А. Ф. Анисимов, 1962). Исходя из своего опыта, мы рекомендуем в сомнительных случаях тщательное рентгенологическое исследование проходимости анастомоза с наблюдением за эвакуацией в течение суток. Лишь при отсутствии прохождения бариевой взвеси за этот промежуток времени показана и оправдана операция. Если же хотя бы небольшое количество бариевой взвеси проходит в отводящую петлю, можно с эффектом использовать консервативные меры. В комплекс мероприятий при развитии анастомозитов входят ежедневные промывания желудка горячей водой, паранефральные новокаиновые блокады, внутривенное введение гипертонических растворов. Антибиотики в таких случаях пользы не приносят. Разительный эффект мы наблюдали у 6 больных от применения рентгенотерапии. Обычно давалась противовоспалительная доза в 100 р через 4 дня, всего 3—4 облучения.

У 10 наших больных (2,8%) было кровотечение в культю желудка. Мы успешно справились с ним консервативными мерами. Промывание желудка теплой водой с добавлением нескольких капель азотнокислого серебра, переливание крови и обычная гемостатическая терапия быстро приводили к успеху.

У 25 больных в послеоперационном периоде развилась пневмония. Среди оперированных под местной анестезией пневмония наблюдалась у 4,3%, а под наркозом — у 7,8%. На значительное количество пневмоний (до 9,2%) после операций под эндотрахеальным наркозом указывает Е. Н. Мешалкин (1953). Еще о большем количестве пневмоний сообщает И. М. Бородин (1958). Обычно умеренно выраженные явления дыхательной недостаточности, высокая и длительная температурная реакция свидетельствуют о неблагоприятии со стороны дыхательной системы. Физикальные данные подтверждают это. Хорошо известно, что боль в области раны, ограничивая дыхательные экскурсии, способствует застою секрета в бронхах. Поэтому борьба с болью является и важным средством устранения дыхательных расстройств. При затруднении откашливания мокроты мы видели хороший эффект от аэрозолей с панкреатическими ферментами и антибиотиками. Абортивно в таких случаях действует внутривенное введение 10% раствора норульфола.

У 4 наших больных, оперированных под эндотрахеальным наркозом, отмечено в ближайшее после операции время повреждение периферических нервов: у 2 был травматический плексит, а у 2 — неврит лучевого нерва. Эти осложнения выявлялись вскоре после операции. Они сопровождалась нерезко выраженным ограничением функции больной конечности, парестезиями, болями. Физиотерапевтическое лечение, аналгетики, прозеринотерапия и лечебный массаж дали хороший эффект.

Мы рассмотрели наиболее важные осложнения у больных после резекции желудка по поводу язвы. Наши данные свидетельствуют, что необходимо искать пути даль-

нейшего снижения летальности, которая в основном зависит от расхождения швов культи дуоденум. Разработка рациональных способов ушивания культи является наиболее актуальной задачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А. Ф. Вест. хир., 1962, 7. — 2. Бородин И. М. Там же, 1958, 3. — 3. Генкин М. Л. Там же, 1961, 9. — 4. Кох Э. Х. Нов. хир. арх., 1934, 4. — 5. Климова С. В. Вест. хир., 1960, 3. — 6. Кривошеев С. В. и Рубашев С. М. Резекция желудка при язвенной болезни. Кишинев, 1954. — 7. Лаврова Т. Ф. Хирургия, 1953, 2. — 8. Русанов А. А. Вестн. хир., 1963, 8. — 9. Рыжов П. В. Сов. мед., 1959, 11.

УДК 616. 334—007. 271—616—073. 75

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ И ПИЛОРОСПАЗМЕ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

В. Ф. Бакланова, Т. Н. Дорофеева, М. А. Филиппкин, В. Г. Цыпленков

Кафедра детской рентгенологии (зав.—доц. В. Ф. Бакланова) ЦИУ и грудное отделение (зав.—Т. Н. Дорофеева) детской клинической больницы им. Дзержинского (главврач — А. Н. Кудряшова)

Изучение причин срыгиваний и рвоты у новорожденных и детей грудного возраста остается до настоящего времени весьма актуальным, особенно в связи с разработкой диагностики таких сравнительно новых нозологических форм, как халазия, ахалазия, цитомегалия. Педиатров по-прежнему волнуют вопросы дифференциальной диагностики врожденного пилоростеноза с пилороспазмом, с явлениями высокой кишечной непроходимости, в частности вызванной врожденным мегадуоденум. В настоящее время в диагностике этих заболеваний решающее слово остается за рентгенологическим методом исследования, что заставляет выработать новую методику или улучшить уже имеющуюся с целью более точной диагностики и уменьшения дозы облучения.

С 1959 по 1963 г. в грудном отделении находилось 92 ребенка, поступивших с диагнозом: пилоростеноз (?), пилороспазм (?), мегадуоденум (?). В результате клинко-рентгенологического исследования были установлены врожденный пилоростеноз у 31 ребенка, пилороспазм у 51, врожденный мегадуоденум у 2, кардиохлазия у 6, ахалазия у одного и цитомегалия у одного.

В данной работе мы рассмотрим диагностику врожденного пилоростеноза и пилороспазма.

Как известно, врожденный пилоростеноз — заболевание, чаще всего проявляющееся в первые 2 месяца жизни и в основном (в 80—97%) у мальчиков. Др. Бобев и Ив. Иванова (1963) объясняют это «известной переходной гормональной дисфункцией».

В основе врожденного пилоростеноза лежит значительная гипертрофия циркулярной мускулатуры пилорического отдела и частично препилорического. Гипертрофируется и слизистая, которая своими утолщенными складками еще больше суживает просвет пилора. В результате удлиняется и сужается просвет пилорического отдела желудка. Как правило, существует и вторичный спазм; можно твердо сказать, что врожденного пилоростеноза без пилороспазма нет. Это положение имеет принципиальное значение для выработки методики рентгенологического обследования. Вследствие сужения пилорического отдела значительно задерживается прохождение пищи из желудка в кишечник, что ведет к еще большей работе мышечного аппарата желудка и вторичному расширению его полости.

Наиболее характерным симптомом врожденного пилоростеноза является рвота фонтаном, возникающая, как показали наши наблюдения, к концу 3-й или началу 4-й недели. Рвота может быть не обязательно после каждого кормления, а через одно-два, начинаясь перед кормлением или во время его. Н. А. Розонова указывает, что иногда периоду выраженной рвоты предшествует период срыгиваний, начинающийся за неделю до появления рвоты. Рвотные массы никогда не содержат примеси желчи, что является одним из дифференциальных признаков с врожденным мегадуоденум. Рвота и недостаточное питание приводят к запорам, уменьшению числа мочеиспусканий, к остановке в весе, а затем к потере его. В верхней части живота наблюдается перистальтика желудка в виде «песочных часов». Когда нет ясной клинической