

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, кардиохалазия 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

картины, диагноз чрезвычайно затруднителен и практически невозможен без рентгенологического метода исследования.

Нормальный желудок ребенка грудного возраста в рентгенологическом отображении имеет форму вытянутого овала, расположенного своей длинной осью косо-горизонтально. Обычно кардиальный отдел желудка проецируется на уровне XI—XII грудных позвонков, а выходной отдел — на уровне I поясничного. Слизистая желудка определяется с трудом и представлена 2—3 очень нежными, тонкими складками, расположенными параллельно друг другу. Хорошо выявляется перистолта и перистальтика. Эвакуация содержимого из желудка начинается тотчас же после поступления пищи и заканчивается через 2—3 часа.

Для выявления врожденного пилоростеноза существуют два метода рентгенологического исследования.

Первый основан на изучении времени выхода контрастного вещества из желудка. Исследование проводят при вертикальном положении ребенка, сразу же после кормления бариевой взвесью в грудном молоке, затем через 15—20 мин., 2, 4, 6, 8, иногда 10 часов и через 24 часа. Если контрастное вещество остается в желудке через 2 часа после кормления, можно заподозрить пилоростеноз (Н. А. Розонова). Отрицательными моментами этого метода, по нашему мнению, являются: 1) трудность учета количества бариевой взвеси, оставшейся в желудке, так как значительная часть ее выводится со рвотой, а оставшаяся разбавляется очередными кормлениями; 2) исследование в вертикальном положении менее физиологично для данного возраста, нежели в горизонтальном; 3) длительное исследование ведет к большим лучевым нагрузкам.

Второй метод заключается в получении изображения суженного пилорического канала, поскольку нитеподобное сужение пилорического канала, полученное при рентгенологическом исследовании, является признаком врожденного пилоростеноза.

С 1959 по 1963 г. этим методом исследовано 82 больных, из которых у 31 был диагностирован врожденный пилоростеноз, подтвержденный при операции.

В настоящее время этот метод применялся нами в следующем виде.

В течение 2—3 дней, предшествующих рентгенологическому исследованию, больной получает 2,5% раствор аминазина из расчета 4 капли на 1 кг веса в сутки, в 3—4 приема, для снятия вторичного спазма привратника. Естественно, что у части детей отпадает необходимость в рентгенологическом исследовании ввиду прекращения рвоты, чем и подтверждается диагноз пилороспазма. Последнее кормление больного перед исследованием проводится в 5 час. утра, а само исследование в 9 час., что значительно уменьшает голодный промежуток, ребенок становится менее беспокойным и меньше заглатывает воздух, который мешает рентгенологическому исследованию.

Прокипяченную бариевую взвесь смешивают со сцеженным грудным молоком и дают ребенку в количестве трети порции, необходимой на одно кормление в данном возрасте. Ребенка кормят с ложечки, так как при кормлении из бутылки с соской он заглатывает большое количество воздуха, и в рентгенкабинете невозможно учесть количество принятой взвеси.

Исследование начинается с обзорной рентгеноскопии грудной и брюшной полостей. В случае наличия большого количества жидкости в желудке ее отсасывают через зонд. Затем ребенка пеленают тонкой простыней, в ножки кладут теплую водяную грелку и дают соску-пустышку.

Врач-рентгенолог кладет ребенка себе на левую ладонь спинкой таким образом, чтобы он находился в первой боковой проекции, а в процессе исследования придает ребенку косые положения с целью наилучшей видимости выходного отдела желудка. Локти врача фиксированы на высоко поднятой подножке рентгеновского аппарата.

Высокое напряжение включается через 10—15 мин. от начала кормления при максимально суженной диафрагме. Именно в эти сроки происходит наиболее интенсивный переход содержимого желудка в кишечник. Свободной правой рукой врач-рентгенолог производит дозированную компрессию желудка, помогая стенкам его провести контрастную массу через пилорический канал.

При наличии пилоростеноза иногда можно отметить значительное увеличение размеров желудка. Перистолта, как правило, вялая, контрастное вещество свободно опускается в желудок. Довольно часто складки слизистой желудка утолщены и к тому же извиты. Перистальтика долгое время сохраняет свою силу, иногда она усилена; во многих случаях по большей кривизне одновременно определяется до 3—4 перистальтических волн. В области пре- и пилорического отделов желудка перистальтика обычно прерывается. Через 10—15 мин. от начала дачи контрастного вещества начинает выполняться суженный пилорический канал, который предстает в виде нитевидной тени различной длины (от 3 мм до 1—2 см) при диаметре 1,5—3 мм. Очень часто проникающая в суженный пилорический отдел бариевая взвесь вновь возвращается в желудок. При дальнейшем поступлении контрастного вещества по суженному пилорическому каналу выявляется наполнение луковицы двенадцатиперстной кишки, которая представляется в виде колпачка (рис. 1). В это время производятся прицельные снимки. Получением этих данных, патогномоничных для врожденного пилоростеноза, заканчивается исследование, которое, таким образом, является однократным и непродолжительным.

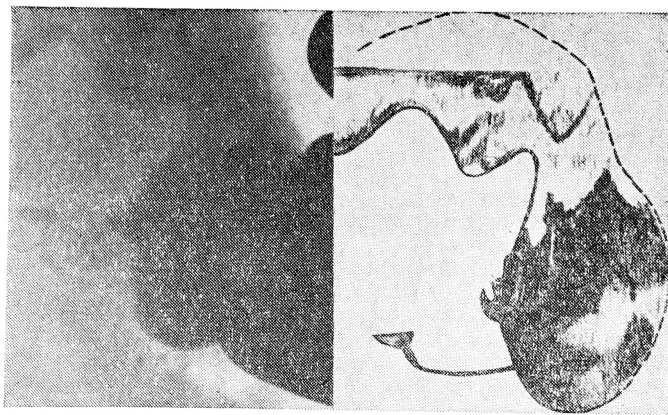


Рис. 1. Суженный и удлиненный пилорический канал с заполнением луковицы двенадцатиперстной кишки в виде колпачка (мальчик 8 недель).

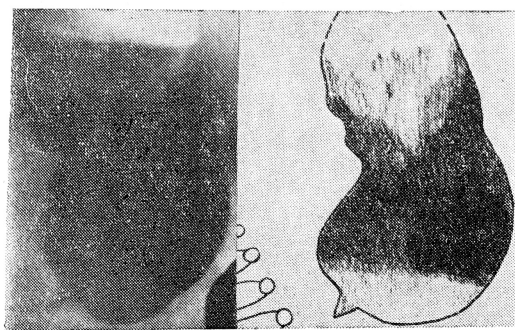


Рис. 2. Контрастная масса заполнила антральный отдел желудка, образовав клювик в его выходной части, и частично проникла в узкий дистальный отдел пилорического канала (мальчик 6 недель).

Далеко не всегда удается выполнить суженный пилорический канал на всем протяжении. Тщательное исследование области пилора дало нам возможность заключить, что «клювовидное» выпячивание в этой области является также достоверным рентгенологическим признаком врожденного пилоростеноза и отображает начальную часть суженного отдела пилорического канала. По-видимому, резкое сужение канала, стойкий вторичный спазм, не снимающийся аминазином, упорно препятствуют прохождению контрастного вещества из желудка в кишечник (рис. 2).

При пилороспазме, особенно после проведенной терапии аминазином, контрастное вещество широкой струей поступает по неизмененному пилорическому каналу в кишечник (рис. 3).

Таким образом, рентгенологические признаки врожденного пилоростеноза можно разделить на прямые и косвенные.

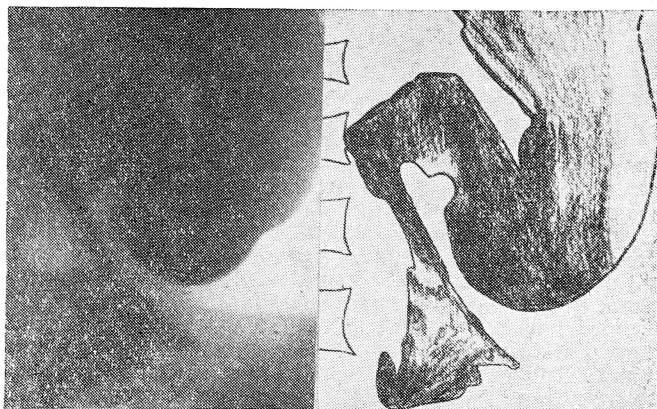


Рис. 3. Широкий пилорический канал после применения аминазина, ликвидировавшего спазм привратника (девочка 4 недели).

К прямым мы относим: 1) получение теневого изображения суженного и удлиненного пилорического канала; 2) «клювовидное» выпячивание в области пилорического отдела желудка.

К косвенным: 1) замедленное опорожнение желудка; 2) наличие натощак в желудке большого количества содержимого; 3) расширение полости желудка; 4) усиленную перистальтику; 5) деформацию слизистой желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розонова Н. А. Врожденный пилоростеноз у грудных детей и его оперативное лечение. М., Медгиз, 1960. — 2. Терновский С. Д. Хирургия детского возраста. Медгиз, М., 1953. — 3. Фомин Г. Б. В кн.: Вопросы методики рентгенологического исследования. Медгиз, М., 1961. — 4. Бобев Др., Иванова Ив. Болезни новорожденного (пер. с болгарского). София, 1963.

УДК 616. 333—009, 12—615. 851

ГИПНОСУГГЕСТИВНЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КАРДИОСПАЗМА

А. А. Чернявский и А. Н. Кабановский

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. В. И. Кукош)
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Кардиоспазм следует считать многопричинным нейромышечным хроническим заболеванием пищевода с постепенным или острым началом и рецидивирующим течением. Основным симптомом является дисфагия вследствие непроходимости дистального отдела пищевода и кардии желудка на почве сначала функциональных нарушений, а позднее смешанных и органических изменений вплоть до кардиостеноза.

Наши наблюдения над 124 больными кардиоспазмом, из которых 82 оперированы, а 42 лечились консервативно, позволяют считать, что стадия функциональных расстройств, по-видимому, всегда предшествует органическим изменениям, но длительность ее варьируется в очень широких пределах (от 1 года до 28 лет).

Многие авторы отмечают, что у большинства больных кардиоспазмом наблюдаются выраженные функциональные невротические состояния. Они чаще предшествуют началу кардиоспазма, но могут возникать и на фоне четкой клинической картины заболевания.

У 30 из 82 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу кардиоспазма, и у 28 из 42, лечившихся консервативно, были найдены резко проявляющиеся вегетоневротические нарушения.

Отмечено, что неврастеники, вегетоневротики, истерики чаще болеют кардиоспазмом. Поскольку внушение в состоянии гипнотического сна оказывает ощутимое влияние на нормализацию высших регуляторных механизмов, в лечении больных кардиоспазмом в стадии функциональных нарушений и был использован гипноз.

Большинство авторов, указывая на положительный эффект от лечения кардиоспазма гипнозом, не приводит собственных наблюдений, что и послужило поводом для данного сообщения.

За период с 1960 по 1962 г. мы подвергли гипносуггестивной психотерапии 12 больных кардиоспазмом с целью снятия основного симптома заболевания — дисфагии. Из 12 больных у 9 имелась I—II ст. кардиоспазма, у 3 — III—IV ст. У одной больной мы получили стойкий терапевтический эффект при сроке наблюдения 3 года, подтверждаемый рентгенологически. У остальных получено значительное субъективное улучшение, однако, по данным рентгенологического исследования, проходимость кардии у них не восстановилась. При этом отчетливо наблюдалось улучшение со стороны неврологического статуса. Это склонило нас к использованию гипносуггестии и для лечения невротических состояний у больных, оперированных по поводу кардиоспазма, так как и после оперативного восстановления проходимости пищевода нередко ощущается затруднение при прохождении пищи, что следует расценивать как следовую реакцию, поскольку длительно протекающее заболевание часто приводит к невротизации личности.

Мы применили гипносуггестивный метод для лечения 10 оперированных по поводу кардиоспазма больных с выраженным неврастеническим синдромом, среди которых было 7 женщин и 3 мужчин в возрасте от 30 до 64 лет. Длительность заболевания у них колебалась от 3 до 32 лет; функциональный кардиоспазм был у 2 больных, стадия смешанных изменений — у 5, кардиостеноз органического характера с резким