

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВОБОДНОГО ГАЗА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИЕЙ

И. В. Анпилов

Верхне-Любашская участковая больница (главврач — Т. И. Ярыгина) Курской области

Наличие свободного газа в брюшной полости при синдроме острого живота является важнейшим, а иногда решающим фактором в диагностике патологического процесса или повреждения живота (Б. С. Розанов), особенно там, где симптоматика оказывается бедной. Газ в полость брюшины может попасть из поврежденных полых органов или при травмах передней брюшной стенки, сопровождающихся разрывом париетальной брюшины. Описаны случаи пневмоперитонеума у женщин после гинекологических манипуляций (А. А. Гаджиев, А. Р. Алиев).

Определить газ в брюшной полости по исчезновению печеночной тупости возможно только при наличии большого количества газа. В различных отделах желудочно-кишечного тракта количество газа бывает неодинаково. При перфорациях желудка и толстого кишечника проникшего в полость брюшины газа бывает достаточно, чтобы распознать его перкуторным или рентгенологическим способом. При повреждениях же тонкого кишечника, где процесс газообразования менее выражен, газ поступает в брюшную полость в меньшем количестве и определить его рентгеноскопически не всегда удается. По данным Фикарра, из 5 детей с разрывом тонкой кишки свободный газ в брюшной полости рентгеноскопически был обнаружен только у одного. Е. С. Керимова из 27 больных с разрывом кишечника обнаружила газ при рентгенокопии лишь у 5. О. О. Денн и Е. А. Пчелина при прободной язве желудка обнаруживали газ в 85%. Якобсон, Гартер считают метод рентгенокопии малоценным при разрывах кишечника. Еще труднее определить газ перкуторно. К сожалению, признак отсутствия печеночной тупости может симулироваться скоплениями газов в желудочно-кишечном тракте при различных вариациях расположения органов верхнего этажа брюшной полости (А. Р. Шуринок). Лучшим диагностическим методом определения газа в свободной брюшной полости является рентгенокопия на левом боку (М. Изелин). Но и с помощью такого приема распознать наличие газа в свободной брюшной полости не всегда возможно. Малое количество газа трудно рассмотреть.

На протяжении ряда лет при подозрениях на перфорационные процессы в брюшной полости мы используем абдоминальную пункцию как дополнительный диагностический прием. Мы придерживаемся следующей методики. В положении больного на спине (головной конец стола несколько опущен) производится тщательная анестезия пупочного кольца 0,5% раствором новокаина. При наличии напряжения передней брюшной стенки дополнительной анестезией прямых мышц выше и ниже пупка достигается значительное ослабление дефанса. Пупок фиксируется двумя прочными шелковыми нитями, проведенными перекрестно через край пупочного апоневротического кольца, и медленно оттягивается вверх. При этом необходимо осторожно надавливать на реберные дуги, чтобы патологическое содержимое подреберий, особенно газ, переместилось в подпупочный купол. Даже при наличии выраженного напряжения передней брюшной стенки всегда удается поднять пупок вверх и образовать подпупочный купол. В последнем в зависимости от характера брюшной патологии скапливается патологическое содержимое, особенно газ, реж — желудочно-кишечное содержимое, кровь, желчь, экссудат, моча. На два-три сантиметра ниже пупка по средней линии иглой типа «Рекорд» и двадцатиграммовым шприцем с небольшим количеством новокаина осторожно пунктируется подпупочный купол. Расположение вкола ближе к пупку выгодно в том отношении, что лучше ощущается натяжение апоневроза. Момент проникновения иглы в брюшную полость определяется по прекращению сопротивления и ощущению провала иглы. Достоверным показателем того, что игла находится в брюшной полости, служит свободное прохождение новокаина по игле и опускание поршня шприца по цилиндру в момент поднятия брюшной стенки за шелковинки. При медленном обратном подтягивании поршня патологическое содержимое подпупочного купола поступает в шприц. Особенно характерно поступление газа, который, проходя крупными пузырьками через слой новокаина, скапливается под поршнем шприца. Во избежание диагностических ошибок перед исследованием необходимо проверить, чтобы иглы были тщательно пригнаны к шприцу. Мы воздерживаемся от пункции при наличии послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке, а также прощупываемых опухолевых образований в области пупка.

В течение трех лет в стационар нашей больницы поступило 18 больных с подозрением на перфорацию полых брюшных органов, из них 6 — после тупой травмы живота. 13 больных подвергнуто рентгеноскопическому исследованию, газ обнаружен лишь у

одного больного. В то же время с помощью прокола брюшной стенки мы получили газ у 17 больных.

Мы считаем, что описанная методика абдоминальной пункции может оказать незаменимую услугу при распознавании прободений полых брюшных органов там, где рентгенологически воздух определить не удается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиев А. А., Алиев А. Р. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1950, 1. —
2. Денн О. О., Пчелина Е. А. Вестн. хир. и погран. обл., 1935, т. XXXIX, кн. 110—111. —
3. Керимова Е. С. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1958, 5. —
4. Розанов Б. С. Хирургия, 1953, 7. —
5. Лорие И. Ф. Болезни кишечника. Медгиз, М., 1957. —
6. Шуринок А. Р. Хирургия, 1939, 10. —
7. Жлоба А. Ф. Клин. хир., 1962, 9. —
8. Iselin M. Helv. chir. Acta, 1962, 29, 4, 418—437. —
9. Jacobson G., Garter R. Am. J. Roentgenol., 1951, 66, 52—64. —
10. Ficarra B. I. Am. J. Gastroent., 1955, vol. 23, p. 55.

УДК 616—007. 253—616. 34

НОВЫЙ ОБТУРАТОР ДЛЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Г. А. Измайлов

Первое хирургическое отделение республиканской больницы (главврач — канд. мед. наук Н. Я. Назаркин) Мордовской АССР

Различают врожденные и приобретенные наружные кишечные свищи. Они возникают у некоторых больных как осложнение после различных оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте. Иногда они образуются в результате острых и хронических воспалительных процессов органов брюшной полости и ее стенок. В последние годы их стали чаще накладывать с лечебной целью при непроходимости кишечника, перитоните (подвесная энтеростомия) и др.

Кишечные свищи, особенно высокие отделов кишечного тракта, сопровождаются выделением большого количества содержимого. При этом происходит потеря питательных веществ и жидкости. Нередко больные быстро теряют в весе, и свищ настолько усугубляет основное заболевание, что может явиться причиной летального исхода.

Большинство трубчатых свищей закрывается самостоятельно и быстро заживает. Однако часто встречаются свищи переходной формы — трубчато-губовидные, которые не заживают длительное время.

При консервативном лечении кишечных свищей большое распространение получили обтураторы, применяемые для временной или постоянной закупорки свища с целью предупреждения вытекания кишечного содержимого и обеспечения нормального пассажа его.

При губовидных свищах обтуратор, как правило, служит для подготовки больного к операции, во время которой обтуратор удаляют. При трубчатых и переходных формах кишечных свищей, заживающих зачастую без оперативного вмешательства, удалить его не представляется возможным, а оставлять в просвете кишки опасно (может возникнуть пролежень, закупорка просвета кишки и пр.). Поэтому мы с 1959 г. стали применять несколько видоизмененный обтуратор, который состоит из двух резиновых пластинок, выкроенных из резиновой перчатки. Ширина пластинок должна быть в два раза больше диаметра наружного отверстия свища. Тонкую деревянную планку, по длине равную наибольшему диаметру резиновых пластинок, вкладывают между ними и закрепляют отдельными швами. В центральной части резиновые пластинки прошивают шелковой нитью с захватом деревянной планки. Резиновую часть обтуратора свертывают в трубочку и концом вставляют в свищ. Выходящие из свища нитки нагигивают и устанавливают обтуратор так, чтобы он удерживался краями свища в просвете кишки. Снаружи на свищевое отверстие помещают еще деревянную планку (в два раза длиннее диаметра наружного свищевого хода) и над ней завязывают нити заслонки. Резиновые пластинки под влиянием внутрикишечного давления расправляются и препятствуют выделению кишечного содержимого. Мацерированную поверхность вокруг свища смазывают цинковой мазью или засыпают прокаленным гипсом. Круговых повязок накладывать не следует.

Необходимо отметить, что больные быстро начинают прибавлять в весе, у них нормализуется стул, мацерация кожи исчезает. Трубчатые и переходные формы кишечных свищей полностью закрываются в сроки от двух до шести недель. Как только наступает заживление свища, нитку, фиксирующую обтуратор, ниже наружной деревянной планки обрезают, и обтуратор, оставшийся в просвете кишки, вместе с кишечным содержимым выходит естественным путем.