

дренажа была диагностирована в среднем на 9—10 сутки, а при ее профилактическом дренировании в среднем на 6 сутки, в течение которых это осложнение не угрожало жизни больного, протекало легче, почему необходимость в повторном оперативном вмешательстве отпадала.

При низких панетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки не всегда удается резецировать язвенный субстрат. Из 6 попыток выделить язву «во что бы то ни стало» однажды развились некроз поджелудочной железы и вторичная недостаточность культи. Поэтому в трудных случаях мы прибегаем к закрытию культи методом «улитки». По указанной методике оперировано 23 больных, и только у одного из них наблюдался микровиш, быстро закрывшийся самостоятельно.

При «неудалимых» язвах двенадцатиперстной кишки в клинике весьма редко производилась гастроэнтеростомия, значительно чаще выполнялась резекция для исключения с демукозацией привратника. На 31 такую операцию была единственная незначительная фистула.

Третье место среди осложнений занимают воспалительные процессы органов дыхания (3,6%). Летальных исходов не было.

Внутреннее кровотечение в послеоперационном периоде наблюдалось у 11 больных (2,2%). Источниками двух внутрибрюшных геморрагий были сосуды головки поджелудочной железы у одного больного и культи малого сальника у другого. У обоих больных производились лапаротомия и остановка кровотечения с последующим выздоровлением, у 9 больных наблюдались желудочно-кишечные кровотечения. У больного Д., 19 лет, после типичной резекции при язве двенадцатиперстной кишки развилась тяжелая геморрагия из анастомоза. Консервативное лечение, включая гемотрансфузию, оказалось неэффективным. Предпринятая релапаротомия при переливании крови не спасла положения, и больной умер.

У 3 больных после операции развился шок. Своевременно начатое противошоковое лечение оказалось эффективным. В последнее время в клинике стало правилом делать сразу после резекции еще на операционном столе переливание крови, которое является не только ценным гемостатическим мероприятием, но и хорошим противошоковым средством.

У одной пациентки возникла эмболия легочной артерии. Операция и послеоперационный период у этой 50-летней больной прошли без осложнений. В день выписки (на 15 сутки после резекции) наступила мгновенная смерть. На вскрытии обнаружены эмболия основного ствола легочной артерии смешанным тромбом, а также пристеночный смешанный тромб нижней полой вены в области слияния подвздошных вен.

В заключение хочется подчеркнуть, что тщательная обработка культи двенадцатиперстной кишки, профилактическое подведение дренажа в случаях сомнительного герметизма или прочности ее являются важным условием снижения послеоперационной летальности при резекции желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайцев В. Р. Хирургия, 1952, 10; Прот. Москов. хир. об-ва. — 2. Ильяшенко А. В. Клин. хир., 1962, 8. — 3. Кривошеев С. В., Рубашов С. М. Резекция желудка при язвенной болезни. Кишинев, 1956. — 4. Нана А., Мирчою К., Панэ К. Вест. хир., 1960, 12. — 5. Новиков Г. М. Хирургия, 1949, 5. — 6. Пипко А. С. Рентгенодиагностика ранних осложнений после резекции желудка. М., Медгиз, 1958. — 7. Сабуров Е. Я. Хирургия, 1959, 7. — 8. Федореев А. С. Рак желудка из язвы, М., Медгиз, 1948.

Поступила 24 сентября 1962 г.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ЖИВОТА

А. А. Агафонов и А. С. Книрик

1-е хирургическое отделение (зав.— А. С. Книрик) Казанской железнодорожной больницы (нач.— В. Г. Колчин)

Диагностика спаечной болезни живота зачастую представляет большие трудности. Клинические проявления, напоминающие спаечную болезнь живота, далеко не всегда имеют в своей основе спайки и сращения в брюшной полости. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта в ряде случаев не дает исчерпывающего ответа по данному вопросу. Исследование моторики желудочно-кишечного тракта с помощью карболена и пилокарпина также может давать неубедитель-

ные результаты. Это и побудило нас для диагностики спаечной болезни живота использовать метод лапароскопии.

Лапароскопия (перитонеоскопия) — осмотр органов брюшной полости при помощи оптических инструментов. Впервые этот метод предложен и разработан в 1901 г. отечественным гинекологом Д. О. Оттом. Д. О. Отт писал: «Он (метод) поистине превзошел мои ожидания, тем более, что мне обстоятельно удалось осмотреть не только те отделы в области операционного поля, которые я стремился сделать доступными зрению...»

Предложено много названий для обозначения эндоскопического исследования брюшной полости. Наиболее распространенными терминами являются: лапароскопия (Якобеус, 1910) и перитонеоскопия (Оридофф, 1920)

В работах отечественных исследователей, применявших лапароскопию, подчеркивается ценность данного метода в диагностике рака и язвы желудка, заболеваний печени и желчных путей, опухолей брюшной полости, заболеваний внутренних женских половых органов и туберкулезного перитонита (Г. А. Орлов, 1947; А. М. Аминев, 1948; Е. Д. Можайский, 1959—1961; А. С. Логинов, 1961; Т. В. Нарциссов, 1962; и др.).

А. М. Аминев указывает, что при перитонеоскопии удается осмотреть переднюю поверхность органов брюшной полости, толстые кишки, большой и малый сальник, тонкие кишки, органы малого таза и брюшину передней стенки живота на всем протяжении — от диафрагмы до малого таза. Большинство авторов противопоказаниями для перитонеоскопии считает слипчивые хронические процессы в брюшной полости, так как в этих случаях возможно ранение петли кишечника, припаянной к передней брюшной стенке. Не рекомендуют производить перитонеоскопию при метеоризме, декомпенсированных заболеваниях сердца и легких, тяжелых неврозах, у тучных больных, а также при кожных заболеваниях передней брюшной стенки. Несмотря на определенную диагностическую ценность, лапароскопия не завоевала еще широкого признания при распознавании заболеваний органов брюшной полости.

Внедрению данного метода в практику, по-видимому, мешала существующая точка зрения о большой опасности ранения петель кишечника, припаянных к передней брюшной стенке.

При обследовании больных с подозрением на спаечную болезнь живота мы применили лапароскопическое исследование 14 больным.

С нашей точки зрения, опасность повреждения петель кишечника несколько преувеличена, если применять следующую методику, в значительной степени гарантирующую от осложнений при лапароскопии.

В большинстве случаев лапароскопия при спаечной болезни живота или подозрении таковой нами производилась под общим интубационным наркозом с применением релаксантов.

Релаксация дает возможность приподнять переднюю брюшную стенку за две лигатуры, наложенные вблизи предполагаемого прокола брюшной стенки. Проводя лигатуры, мы старались захватить и апоневроз наружной косой мышцы, что дает возможность выше приподнять брюшную стенку. Прокол передней брюшной стенки иглой должен производиться в стороне от операционных рубцов, что в значительной степени предохраняет от ранения кишечных петель, так как сращения кишечных петель с передней брюшной стенкой происходят, как правило, по месту прежних операционных разрезов. Медленному продвижению иглы через толщу передней брюшной стенки предпосылается введение $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина. Проникновение иглы в брюшную полость ясно ощущается по свободному поступлению новокаина в нее. Сняв шприц и убедившись, что из павильона иглы нет выделений, наблюдаемых при ранении кишечной петли, в брюшную полость шприцем вводится немного воздуха. Свободное поступление его убеждает, что конец иглы находится в брюшной полости. Тогда к игле присоединяется аппарат для наложения пневмоторакса, что позволяет дозировать количество вводимого воздуха. В зависимости от размера брюшной полости вводится от 2,5 до 4 л воздуха. Если нет ощущения проникновения иглы в брюшную полость, следует извлечь иглу и повторить прокол брюшной стенки в другом участке. Прокол передней брюшной стенки троакаром производится строго по месту и в направлении находившейся иглы. Перед проколом кожа рассекается скальпелем на протяжении до 4 мм. Убедившись после извлечения стилета, что кроме воздуха, ранее введенного в брюшную полость, не происходит никаких выделений через троакар, в брюшную полость вводится троакоскоп. Введение последнего прекращает выход воздуха из брюшной полости.

Мы пользовались троакоскопом, выпускаемым ленинградским заводом «Красногвардеец». По мнению многих авторов, к которым присоединяемся и мы, осмотр брюшной полости удобнее производить при помощи прямой оптики.

Прокол передней брюшной стенки производится несколько левее и ниже пупка, кнаружи от прямой мышцы.

Брюшная полость осматривается при положении больного на левом, правом боку, с приподнятым головным концом и в положении Тренделенбурга. Положение троакоскопа в брюшной полости может произвольно меняться. При осмотре брюшной полости удается видеть тонкий кишечник, выступающий из-под края большого сальника, слепую, поперечно-ободочную и сигмовидную кишки, желудок, печень.

Диагностическая ценность лапароскопии в сомнительных случаях спаечной болезни живота очевидна. Она позволяет исключить или подтвердить диагноз. Иллюстрацией может служить нижеприводимое наблюдение.

Ф., 41 года, поступил 14/V-63 г. с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, вздутие живота, неустойчивый стул. Диагноз направляющего учреждения — спаечная болезнь живота. Болеет около 6 лет. Боли в животе, неустойчивый стул появились вскоре после аппендэктомии.

Телосложение правильное. Органы грудной клетки без патологических изменений. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. В правой подвздошной области окрепший рубец.

Анализ крови и мочи не выявили особых отклонений от нормы, за исключением ускоренной РОЭ — 25 мм/час.

Пиелокарпиновая проба отрицательная. Карболен в стуле через 46 часов.

При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта выявлена замедленная первичная эвакуация контраста из желудка. Начальные петли тощей кишки фиксированы, они образуют конгломерат, болезненный при пальпации. Продвижение контрастной массы по тонкому кишечнику замедлено. Петли толстого кишечника равномерно заполнены контрастом, смещаемость и рельеф слизистой не изменены.

24/V-63 г. лапароскопия. Обнаружены нежные единичные сращения между двумя петлями тонкой кишки (рис. 1).

Показаний к операции по поводу спаечного процесса живота не установлено. С диагнозом: гипацидный гастрит, энтероколит — больной выписан под наблюдение терапевта.

При выраженной клинике спаечного процесса брюшной полости лапароскопия может быть полезна для уточнения характера и расположения спаек, что, в свою очередь, определяет тактику хирурга. Для иллюстрации приводим следующее наблюдение:

Р., 37 лет, поступила 9/IV-63 г. с жалобами на сильные, периодические боли в правой половине живота, запоры, вздутие живота.

Болеет более года. В феврале 1962 г. оперирована по поводу левосторонней трубной беременности.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Легкие и сердце — без особенностей. Живот обычной формы. Виден окрепший послеоперационный рубец по средней линии живота книзу от пупка. Живот несколько вздут, болезнен в правой подвздошной области. При анализе крови — умеренное снижение гемоглобина, ускорение РОЭ до 30 мм/час и повышение количества лимфоцитов до 40%. Моча без особенностей.

Пиелокарпиновая проба резко положительна. Карболен в стуле через 52 часа.

При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта бариевая взвесь через 48 часов заполнила верхний отдел тонкого кишечника. Продвижение контрастной массы по тонкому кишечнику замедлено. Заметных нарушений в расположении и смещаемости петель тонкого кишечника не выявлено. Рельеф слизистой кишечника не изменен.

При ирригоскопии контрастная масса свободно заполнила все отделы толстого кишечника. Контуры, расположение и смещаемость петель толстого кишечника обычные.

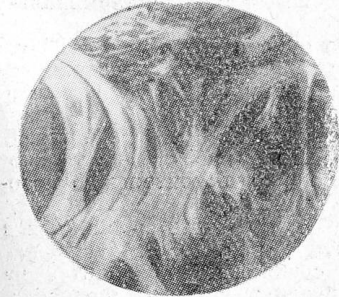


Рис. 2.

22/IV-63 г. под общим интубационным эфирно-кислородным наркозом с применением релаксантов произведена лапароскопия. В брюшную полость введено 3,5 л

воздуха. На 3 см левее и ниже пупка произведен прокол брюшной стенки. Через канюлю троакара введен торакоскоп. Обнаружены значительные сращения петель тонкого кишечника между собою и с передней брюшной стенкой. Несколько петель подвздошной кишки уходили в сторону малого таза, где были фиксированы. При положении Тренделенбурга петли не выходили из полости малого таза. Таким образом, выявились массивные сращения, преимущественно в нижнем отделе брюшной полости. Были видны плоскостные, тяжевые спайки, салниковые спайки, сращения между кишечными петлями, а также между петлями кишок с передней брюшной стенкой, единичная спайка в виде тяжа между передней брюшной стенкой и петлей тонкого кишечника (рис. 2).



Рис. 1.

Произведена срединно-нижняя лапаротомия под интубационным эфирно-кислородным наркозом. Подвздошная кишка многочисленными разнообразными спайками деформирована и фиксирована к передней брюшной стенке по месту старого рубца. Две петли перегнуты в виде двустолки и плотно сращены между собою. Три петли подвздошной кишки плотно приращены ко дну матки. Все спайки и сращения с большими техническими трудностями разделены. Выполнена операция Нобля. В брюшную полость влило 192 ед. «лидазы», 500 000 ед. пенициллина и стрептомицина. Рана брюшной стенки послойно ушита до резиновой трубочки, вставленной в брюшную полость, через прокол трубочки на протяжении 4 дней внутрибрюшинно вводилась «лидаза».

Послеоперационный период протекал гладко. Функция кишечника восстановилась на 5-й день после операции.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта на 28-й день после операции выявило нормальную моторику желудочно-кишечного тракта.

В заключение следует отметить целесообразность лапароскопии в диагностике спаечной болезни живота. Лапароскопия позволяет избежать вмешательств на брюшной полости у больных с неустойчивой психикой, у которых, по выражению А. М. Заблудовского, имеется «психогенный илеус». Чревосечение у этих больных крайне нежелательно и, как правило, усугубляет их состояние. Однако лапароскопия не может быть противопоставлена обзорной лапаротомии, которая является наиболее эффективным диагностическим методом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А. М. Перитонеоскопия. Куйбышев-обл., 1948. — 2. Заблудовский А. М., Фейнберг С. П. Нов. хир. арх., 1934, 3. — 3. Логинов А. С. Клини. мед., 1926, 3. — 4. Можайский Е. Д. Вест. хир. им. Грекова, 1959, 8; Там же, 1961, 4. — 5. Нарцисов Т. В. Вопр. онкологии, 1962. — 6. Орлов Г. А. Перитонеоскопия. 1947. — 7. Отт Д. О. Журн. акуш. и женск. бол., 1901, 7—8. — 8. Orndoff B. J. Radiolog., 1920, 1, 325. — 9. Rossavilla A. Radiol. Med., 1920, 7. — 10. Jacobaeus H. Münch. med. Wschr., 1910, 40.

Поступила 3 июля 1963 г.

К КЛИНИКЕ ТЕРМИНАЛЬНОГО ИЛЕИТА

А. Ф. Платонов и С. М. Бова

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. М. Ф. Камаев) педиатрического факультета Львовского медицинского института, на базе городской клинической больницы (главврач — И. И. Хома)

В 1932 г. Крон с соавторами опубликовал работу по редко встречающейся патологии концевой петли подвздошной кишки, получившей наименование терминального, или регионарного, илеита.

Заблевание это было известно и раньше: так, Ландуа описал его еще в 1923 г. под названием «ограниченный циркулярный энтерит». У американцев эта патология именовалась неспецифической, или доброкачественной гранулемой, а у большинства европейских хирургов — флегмоной кишки. Последним термином пользуются и некоторые отечественные авторы (Г. М. Галайко, М. Д. Моисеенко, М. Р. Черепашинцев, Б. В. Пунин и др.). Однако заслугой Крона является то, что он первый не только дал подробное описание этого страдания, но и выделил его в самостоятельную нозологическую форму, обобщив опыт 110 клинических наблюдений.

По-видимому, терминальный илеит встречается чаще, чем об этом сообщается в литературе. По данным БМЭ (том 11), в мировой литературе описано около 500 наблюдений этого страдания, причем значительное число сообщений приходится на долю отечественных авторов (Д. Б. Авидон, Т. Б. Микеладзе, А. Д. Федорова, В. Э. Бурба, Г. М. Фраткин и др.).

Этиология терминального илеита до сих пор не выяснена. Крон и ряд других исследователей, изучая гистологическую картину лимфоузлов из пораженного сектора брыжейки, считали, что илеит представляет собой хронический неспецифический грануломатозный процесс. Многие авторы полагают, что это заболевание туберкулезной этиологии, однако типичного для туберкулеза обызвествления или казеозного распада лимфоузлов брыжейки еще никто не наблюдал при терминальном илеите.

Трудно также согласиться, что хронический аппендицит является причиной возникновения терминального илеита, поскольку червеобразный отросток при этой патологии часто оказывается совершенно неизмененным, а если в нем и выявляются признаки воспаления, то обычно вторичного характера (что подтверждается и нашими наблюдениями).