

недостаточной эвакуацией воспалительного экссудата и неполноценным дренированием брюшной полости после операций по поводу деструктивного аппендицита и холецистита).

Релапаротомия (вскрытие и дренирование брюшной полости) закончилась выздоровлением только у 5 больных ограниченным перитонитом, остальные же погибли от нарастающей интоксикации и истощения, в том числе и оба больных с недостаточностью швов. Эта по существу паллиативная операция оказалась совершенно неэффективной при разлитом перитоните. Из 20 больных, оперированных по такой методике с перитонизацией участков некроза кишки или желудка (у 4) и наложением подвешной энтеростомии (у 12), в живых осталось только 2.

Столь высокую послеоперационную летальность нельзя объяснить только тяжестью состояния больных или крайней несвоевременностью релапаротомии. 5 больных с недостаточностью швов анастомоза, у которых отмечалось довольно острое начало перитонита, были оперированы в первые часы после установления диагноза и, несмотря на это, все погибли. По-видимому, лечебная ценность релапаротомии и дренирования брюшной полости без устранения причин, вызвавших осложнение, крайне невелика.

Мы не наблюдали также и заметного положительного влияния подвешной энтеростомии на течение послеоперационного перитонита. Не устраняя пареза кишечника и интоксикации, эта операция нередко, особенно у истощенных больных, осложнялась прорезыванием швов и нагноением раны в области энтеростомы.

Неудовлетворительные результаты консервативных операций при послеоперационном перитоните побудили нас к более радикальному лечению. У 9 больных, помимо дренирования брюшной полости, были дополнительно наложены швы при несостоятельности анастомоза, ушиты и перитонизированы перфоративные отверстия, резецирована омертвевшая кишка. Выздоровело 4 человека.

Возражения, что подобная тактика оправдана лишь при относительно раннем повторном вмешательстве и отсутствии глубоких изменений со стороны тканей и органов брюшной полости, не лишены, конечно, оснований. Однако мы полагаем, что при решении вопроса о показаниях к релапаротомии следует исходить прежде всего из оценки возможностей осуществления у больного радикальной операции. У крайне тяжелых и ослабленных больных релапаротомия едва ли целесообразна.

Особенно показательна эффективность повторных радикальных чревосечений при лечении послеоперационной кишечной непроходимости. Из 5 наблюдавшихся нами больных с послеоперационной непроходимостью у 4 был заворот или ущемление кишки и только у одной — спаечная непроходимость. Эта больная, оперированная по поводу острого аппендицита, дважды подвергалась релапаротомии: при первой был удален воспаленный дивертикул Меккеля и рассечены сращения, при второй резецирована деформированная рубцами кишечная петля. Остальным больным произведено раскручивание или резекция омертвевшей кишки при завороте. Умер один больной с заворотом тощей кишки после резекции желудка.

Таким образом, несмотря на тяжелое состояние больных, подвергшихся релапаротомии, нам удалось получить выздоровление у 50% оперированных. Поэтому мы считаем необходимым чаще прибегать к повторным операциям при тяжелых внутрибрюшных осложнениях, добиваясь раннего и по возможности радикального их устранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ансимов А. Ф. Вестн. хир., 1962, 7. — 2. Беляев А. А. и Золотов Л. В. Там же, 1962, 4. — 3. Иоссет Г. Я. и Кошчер И. И. Клин. хир., 1964, 10. — 4. Сазонов А. М. Нов. хир. арх., 1961, 7.

УДК 616.381—089.85—616—089.168.1—616—089.87—611.33

ПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННЫМ РЕЛАПАРОТОМИЯМ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Н. А. Власова

*Хирургическое отделение (зав. — Ю. О. Фурман) 1-й городской больницы
г. Н. Тагил (главрач — Н. А. Фарберов)*

Резекция желудка является в настоящее время признанным методом лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Она производится как в клиниках, так в районных и сельских больницах. Однако еще нередко эта операция приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям, распознавание которых на фоне общего тяжелого послеоперационного состояния часто представляет значительные трудности. Тем более трудно решиться на повторную операцию у такого больного. Еще не

выработаны четкие показания к релапаротомии, недостаточно разработана методика повторных операций, высока послеоперационная смертность.

С 1960 по 1965 г. в нашем отделении произведено 248 резекций желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: 154 по методу Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера и 94 — по Куприянову — Захарову в нашей модификации (см. Казанский мед. ж., 1966, 1). К релапаротомии пришлось прибегнуть у 16 больных (6,4%).

После резекции желудка возникают осложнения, свойственные почти только этой операции: кровотечение в брюшную полость и в полость желудка, расхождение швов на культе двенадцатиперстной кишки с образованием дуоденальных свищей, повреждение внепеченочных желчных ходов, расхождение швов гастроэнтероанастомоза, моторно-эвакуаторные нарушения культи желудка.

Кровотечение в брюшную полость или в просвет желудочно-кишечного тракта является следствием технических погрешностей во время операции. Мы не наблюдали внутрибрюшинных кровотечений после резекции желудка. У 4 больных (1,6%) было желудочное кровотечение: у 1 — из гастроэнтероанастомоза, у 2 — из ушитой части малой кривизны желудка и у 1 — из ушитой культи двенадцатиперстной кишки.

У всех 4 больных диагноз возникшего осложнения был поставлен правильно и своевременно. Вначале мы проводили консервативные мероприятия (промывали больному желудок горячим физиологическим раствором, вводили внутривенно CaCl_2 , давали викасол, переливали кровь). Если в кратчайший срок кровотечение не останавливалось, осуществляли релапаротомию.

Анализ причин послеоперационных кровотечений побудил нас изменить методику ушивания малой кривизны желудка. Ранее мы накладывали на культю желудка зажим Пайера и малую кривизну ушивали отдельными узловатыми швами. В настоящее время применяем окончательный зажим, малую кривизну ушиваем непрерывным швом. При этой методике кровотечения не наблюдались.

Расхождение швов на культе двенадцатиперстной кишки относится к самым тяжелым осложнениям и встречается еще довольно часто.

Наименьший процент (2,1) образования свищей наблюдается при резекции желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера. В нашем отделении применяется методика резекции по Гофмейстеру — Финстереру с короткой приводящей петлей и подшиванием части ее к малой кривизне желудка. Мы считаем лучшим методом закрытие культи двенадцатиперстной кишки кисетным швом: при нем двенадцатиперстная кишка хорошо мобилизуется и свищи наблюдаются редко. Узловые швы и другие варианты закрытия культи применяются обычно там, где нет возможности наложить кисетный шов, где мобилизация двенадцатиперстной кишки затруднена, то есть в атипичных случаях, при технически сложных операциях. Клиника расхождения швов на культе двенадцатиперстной кишки зависит от сроков появления свища и от способности организма больного к ограничению воспалительного процесса в брюшной полости. Если несостоятельность швов возникла в ближайшие дни после резекции, то развивается острый разлитой перитонит, если же на 8 — 12-й день, то ограниченный (стертая форма). В нашем отделении при явлениях ограниченного перитонита применяется консервативное лечение, при разлитом перитоните — релапаротомия.

Некоторые хирурги при релапаротомии стремятся наложить герметичный шов на культю; это мероприятие недостаточно обосновано и трудно выполнимо. Необходимо стремиться к ограничению воспалительного процесса, созданию условий для хорошего дренирования и предупреждению затекания дуоденального содержимого в брюшную полость. Для этого к культе необходимо подвести ограничивающие тампоны и назначить весь арсенал средств, применяемых при перитоните. У нас были 2 (0,8%) больных с несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки.

Расхождение швов гастроэнтероанастомоза — весьма тяжелое осложнение после резекции желудка. Оно встречается нечасто (0,37%), но по тяжести течения и серьезности прогноза занимает одно из первых мест. В большинстве случаев это осложнение наблюдается при резекции желудка по поводу кардиальных и субкардиальных язв, особенно у ослабленных и обезвоженных больных с низкой реактивностью. Расхождение швов анастомоза протекает остро, развивается разлитой перитонит. Единственной мерой спасения больного является срочная релапаротомия с ушиванием дефекта и дренированием брюшной полости.

Мы наблюдали расхождение швов гастроэнтероанастомоза у 3 больных. Все они были оперированы по поводу рака желудка, операции проходили без технических трудностей. Для развития осложнения, видимо, имеет значение истончение стенки желудка раковых больных в результате воспаления и дистрофических изменений, что способствует несостоятельности швов. Несмотря на то, что осложнение было диагностировано своевременно и больные подверглись ранней релапаротомии, все они погибли.

Признаки нарушения моторно-эвакуаторной функции культи желудка чаще появляются в первые двое суток после операции, что связано с отеком в области анастомоза и атонией культи желудка. Эти расстройства быстро проходят после консервативной терапии. Тяжелее протекают осложнения, развившиеся через 8—10—12 суток после операции. Причинами их чаще бывают инфильтраты в области анастомоза или спаечный процесс. Важно в первую очередь выяснить причину и степень нарушения проходимости. От решения этого вопроса зависит тактика хирурга, так как в первые

дни после операции бывает очень трудно отличить динамическую непроходимость от механической. Неценимую помощь оказывает рентгенологическое исследование. Контрастную взвесь можно давать больному в количестве 100—150 г даже со 2-го дня после резекции желудка. Исследование 3—4 раза в сутки дает возможность определить степень нарушения проходимости анастомоза.

При нестойких формах нарушения проходимости (атония культи, спазмы отводящей и приводящей петель, отек анастомоза) применяем зонд по Субботину, парентеральное питание и т. д., при стойких (анастомозитах, инфильтратах) — антибиотики, физио-, рентгено-, гемотерапию и т. д. Обязательно проводим рентгенологический контроль за функцией анастомоза; если в течение 8—12 дней проходимость анастомоза не восстанавливается, то осуществляем релапаротомию. При внутренних ущемлениях характерна высокая непроходимость. Эти случаи требуют срочной релапаротомии. Мы наблюдали 10 больных (4,3%) с нарушениями моторно-эвакуаторной функции культи желудка, потребовавшими релапаротомии. У 8 больных была механическая непроходимость и у 2 — динамическая. Из 10 повторно оперированных больных умерло 2.

В настоящее время большинство авторов высказывается за оперативное лечение больных со стойкой формой послеоперационной непроходимости желудочно-кишечного соустья (инфильтраты, анастомозиты). Есть сторонники раннего (в первые 7 дней) и позднего (от 7 до 14 дней) оперативного лечения.

Мы придерживаемся следующей тактики: при высокой механической непроходимости производим срочную релапаротомию, при воспалительных инфильтратах, анастомозитах назначаем консервативное лечение в течение 10 дней (под рентгенологическим контролем). Если оно оказывается безуспешным, осуществляем релапаротомию.

ВЫВОДЫ

При ранней (1—2-е сутки) несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки рекомендуется не ушивание образовавшегося свища, а отграничение тампонами брюшной полости с целью предупреждения разлитого перитонита.

При четких показаниях ранняя релапаротомия дает хорошие результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ансимов А. Ф. Вестн. хир., 1962, 7. — 2. Березов Е. Л. Хирургия, 1946, 4. — 3. Боровой Е. М. Там же, 1955, 7. — 4. Брегадзе И. Л. Вестн. хир., 1936, 5. — 5. Вайнштейн М. С. Хирургия, 1959, 12. — 6. Иосселиани Г. Д. Вестн. хир., 1955, 1. — 7. Климова В. К. Нов. хир. арх., 1961, 7. — 8. Лаврова Т. Ф. Хирургия, 1953, 2. — 9. Литвак Я. М. Там же, 1950, 5. — 10. Музыка К. А. Нов. хир. арх., 1961, 2. — 11. Мельников А. В. Вестн. хир., 1954, 2; 1956, 8. — 12. Пипко А. С., Рыбакова Н. И. Хирургия, 1959, 4. — 13. Постолюк М. П. Ранние осложнения после резекции желудка при язвенной болезни. Медицина, М., 1965. — 14. Рожков А. Т. Хирургия, 1954, 2. — 15. Сазонов А. М. Нов. хир. арх., 1961, 7. — 16. Тихомиров И. В., Рожков А. Т. Хирургия, 1955, 7. — 17. Шкроб О. С., Маринберг В. А. Там же, 1959, 2. — 18. Шкроб О. С. Там же, 1959, 12.

УДК 616.33—002.44—616—089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

П. В. Кравченко , А. С. Книрик и Н. М. Самонин

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

Резекция желудка при язве является общепризнанным радикальным методом хирургического лечения. Количество больных, перенесших эту операцию, велико. После операции создаются новые анатомические и физиологические условия, изучение которых имеет большое значение в оценке операции и компенсаторных приспособительных механизмов.

Единой классификации отдаленных результатов резекции желудка нет. Нас удовлетворяет классификация, предложенная Б. Л. Меерович, согласно которой результаты операции оценивались следующим образом: полная компенсация, относительная, декомпенсация и рецидив заболевания. При полной компенсации у больного восстанавливается