

3. Методом выбора обезболивания в настоящее время следует считать общий эфирно-кислородный эндотрахеальный наркоз с применением миорелаксантов.
4. Первостепенное значение имеет правильное и своевременное проведение противошоковых и реанимационных мероприятий в пред- и послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Збыковская Л. А., Зетель Ф. З., Золотовская В. А., Керимова Е. С., Мешкова В. Н., Микеладзе К. Д., Петров Б. А., Фидрус Е. И. Тр. научной сессии ин-та им. Склифосовского, посвященной памяти С. С. Юдина. М., 1961.—2. Никифоров М. И. Хирургия, 1958, 7.—3. Саламатин Б. Н. Клин. хир. 1966, 1.—4. Святухин В. М., Лобачев С. В., Стручков В. И. Руководство по хирургии. М., Медгиз, 1962, т. 8.—5. Юрасов Е. Е. Сов. хир., 1935, 3.

УДК 616—073.7—616—089—616—366.367

ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ

М. З. Сигал и Г. И. Дряженков

Кафедра хирургии и онкологии № 2 (зав. — проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и хирургическое отделение (зав. — Г. И. Дряженков) больницы им. Пирогова г. Рыбинска (главврач — А. И. Лисовский)

При операциях на внепеченочных желчных протоках и желчном пузыре встречается ряд трудностей в выяснении характера и локализации патологического процесса. Наиболее распространенными вмешательствами в этой области являются операции по поводу желчнокаменной болезни. Определенные трудности возникают в том или ином случае желчевыводящих путей во многих случаях весьма сложно, а иногда и невозможно [2, 4, 7, 8, 13]. Тем более нелегко решить вопрос о показаниях к холецистэктомии при бескаменных холециститах. Для преодоления ошибок и осложнений, возникающих при операциях на желчном пузыре и протоках, как известно, разработаны дополнительные методы операционной диагностики — холангиография, холангиоанометрия, диагностическая холедохотомия, зондирование протоков, холедохоскопия. Г. Г. Караванов (1965) проверял проходимость фатерова соска введенным светящимся зондом. Однако эти методы имеют определенные ограничения. Вскрытие протока является дополнительным оперативным приемом, который осложняет операцию и течение послеоперационного периода. Холангиография, судя по данным ряда авторов [1, 5, 9, 10, 14], часто не обеспечивает выявление конкрементов малых, а иногда и значительных размеров. Nicken и Allister (1964) выполнили 2000 холедохотомий. При этом у 1293 больных обнаружены камни. Оказалось, что при холедохолитомиях без холангиографии на операционном столе камни оставлены в 19%, при применении холангиографии — в 11%. При положительных рентгенологических данных камни в протоках не были найдены в 2%.

Наблюдается слияние теневых рисунков, связанных с рентгеноконтрастным веществом и с конкрементом. Во многих случаях холедохотомия, если она систематически выполняется, устанавливает отсутствие достаточных оснований для этого вмешательства.

Разрабатывая методику исследования в проходящем свете при вмешательствах на желудке, один из нас [6] отмечал, что оно может получить применение и при операциях на других полых органах, в частности на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках. В последнее время мы систематически изучали этот вопрос и убедились, что трансиллюминационное исследование желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков открывает новые возможности операционной диагностики.

Методика принципиально не отличается от ранее описанной одним из нас для других полых органов. Наиболее простым и доступным способом является неполостная трансиллюминация. Источник света в виде лампочки небольшого калибра, соединенной с понижающим трансформатором, помещают за исследуемой зоной. Желчный пузырь таким образом может быть изучен на всем протяжении от шейки до дна, за исключением участка, прикрытого печенью. Для исследования шейки, пузырного протока и холедоха источник света вводят через винсловое отверстие сзади от этих образований в область печеночно-двенадцатиперстной связки. При

необходимости изучения ретродуоденального отрезка холедоха по краю двенадцатиперстной кишки рассекают брюшину и смещают ее. Эта мобилизация по Кохеру позволяет исследовать более низко расположенные отделы протока. Мы установили, что желчь не препятствует трансллюминационному исследованию.

Внутриполостная трансллюминация предполагает введение источника света в протоки или в пузырь. Одной из форм трансллюминации этим способом могут служить теневые изображения, возникающие при холедохоскопии. При этом возможен не только прямой осмотр в отраженном свете слизистой протоков, но и трансллюминация, осуществляемая источником света холедохоскопа.

Наконец, в этой области может быть применена и третья методика просвечивания — обратная трансллюминация. Холедохоскоп воспринимает изображения, возникающие при освещении протоков извне.

При трансллюминации выявляется рисунок интрамуральных сосудов желчного пузыря и протоков.

На рис. 1 представлена трансллюминационная ангиограмма желчного пузыря. Она включает сосуды субсерозного, подслизистого слоя и сосуды слизистой. Эти сети наслаиваются. Однако возможна их дифференцировка по особенностям ангиоархитектоники каждого из сплетений, а также по отличию контрастности теневых изображений.

Сосуды протока отражены в виде продольно расположенных сравнительно крупных ветвей и поперечно идущих анастомотических стволиков (рис. 2).

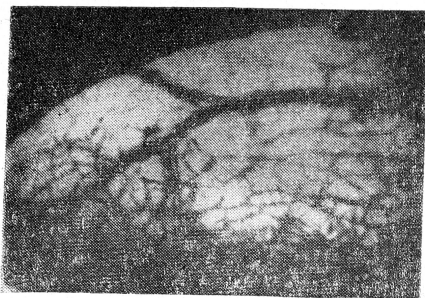


Рис. 1.



Рис. 2. Трансллюминационная картина общего желчного протока.

Практическую ценность представляют трансллюминационные картины, выявляющие топографо-анатомические отношения. В проходящем свете четко дифференцируются без препаровки общий желчный проток, пузырный и печеночные протоки, пузырная артерия, шейка пузыря, заключенные в толще брюшинных листков, окружающая клетчатка, лимфатические узлы, сращения, спайки, рубцовые тяжи. Проступают аномальные анатомические структуры, дополнительные сосуды. В условиях патологии обнаруживаются особенности содержимого протоков и пузыря.

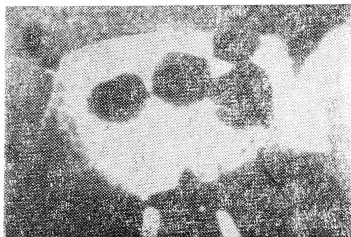


Рис. 3.

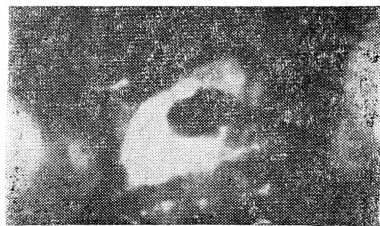


Рис. 4.

На рис. 3 и 4 представлены трансллюминационные изображения конкрементов в общем желчном протоке, которые не были выявлены пальпаторно и холангиографией. В одном из этих наблюдений один конкремент (рис. 4) фиксировался в виде дефекта наполнения на холангиограмме, второй, не определявшийся на холангиограмме и пальпаторно, был найден лишь при просвечивании.

Иногда даже крупные конкременты не прощупывались в напряженном, растянутом желчном пузыре. Просвечивание же давало четкие изображения их. При трансиллюминации обрисовываются элементы, которые не могут быть обнаружены любыми другими способами: мелкие хлопья, нити, комочки слизи, песчинки. Трансиллюминационные картины дают четкое представление о содержимом пузыря и протоков. Важно указать, что в ряде случаев при наличии этих включений камни отсутствовали. Такое содержимое может служить безусловным доказательством воспалительного процесса и требует определенной тактики.

О воспалении стенки пузыря судят по виду серозного покрова, а также по изменениям консистенции стенки пузыря. При выраженных холециститах диагноз не представляет трудностей. Мы располагаем наблюдениями, когда серозный покров пузыря и протоков был без каких-либо особенностей, пальпаторно также не обнаруживались отклонения, вместе с тем при просвечивании выявлялись теневые фокусы соответственно воспалительным или рубцовым изменениям, деструктивным очагам стенки пузыря. На рис. 5 дана трансиллюминационная картина очагового рубцового поражения общего желчного и пузырного протока. При этом ни при осмотре в отраженном свете, ни пальпаторно нельзя было выявить патологию. На рис. 6 показаны также обнаруженные лишь при просвечивании рубцовые изменения стенки пузыря, на рис. 7 — множественные некротические очаги при остром холецистите.

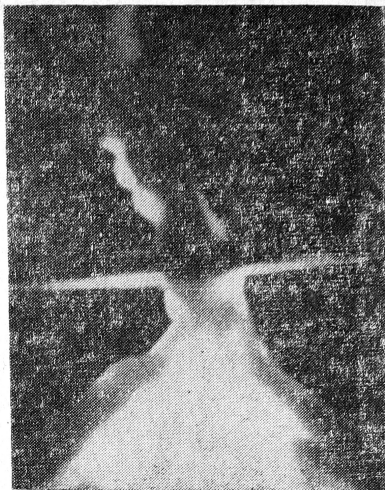


Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.

Мы применяем трансиллюминацию как элемент оперативной техники при холецистэктомиях. Обработка пузырной артерии, пузырного протока, отделение пузыря от печеночного ложа — все эти этапы четко и анатомично выполняются под контролем трансиллюминации. Операцию производят в такой последовательности. Источник света помещают позади структур в области пузырного протока и шейки пузыря. Рассекают четко дифференцирующиеся спайки, рубцовые наложения, сращения. Первым элементом при обработке является пузырная артерия, которая в проходящем свете ясно различима в виде интенсивной теневой полосы. Окружающая ее брюшина и жировая клетчатка, а также прилежащий общий желчный проток четко определяются. Постоянными при просвечивании во время наших операций оказывались брюшинные складки, образовавшие как бы брыжейку, которая прилежала к протоку, шейке, дистальному отделу пузыря. По направлению ко дну листки брюшины сходились, уже не смыкаясь. В области протока и шейки эту брыжейку рассекают под контролем просвечивания. В дистальном направлении при оттягивании пузыря от ложа печени также возникает большей или меньшей длины полоска между нижней поверхностью печени и пузырем. После перевязки протока и артерии под контролем трансиллюминации рассекают эту переходную брюшину, а также соединительнотканые образования между стенкой пузыря и ложем печени. При таком анатомическом отделении никаких нарушений целостности пузырного ложа не наступает. Холецистэктомия может закончиться глухим швом брюшной стенки без дренажей. Исключается кровотечение и желчеистечение из пузырного ложа.

Для иллюстрации преимуществ такого оперирования приведем два наблюдения. В первом при удалении пузыря в проходящем свете были обнаружены дополнительные сосуды, непосредственно вступавшие в стенку пузыря со стороны края печени.

Их дополнительно перевязали. У второй больной пузырьная артерия имела необычное положение, располагалась книзу от протока. Это было установлено при транслилюминации до начала выделения артерии пузырного протока. Таким образом, транслилюминация выявляет новые дополнительные важные картины, которые не могут быть получены другими способами. Мы полагаем, что использование метода, наряду с уже известными приемами диагностики на операционном столе, поможет избежать ошибки в определении наличия и характера изменений в протоках и пузыре, а также будет способствовать разработке более анатомичной методики операций в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В., Мазаев П. Н., Гришкевич Э. В. Рентгеноманометрическое исследование желчных путей. Медицина, Л., 1966. — 2. Ищенко И. Н. Операции на желчных путях и печени. Киев, 1966. — 3. Караванов Г. Г. Хирургия, 1965, 1. — 4. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. Медгиз, М., 1963. — 5. Линденбратен Л. Д. Рентгенологическое исследование печени и желчных путей. Медгиз, Л., 1953. — 6. Сигал М. З. Транслилюминационное исследование при операциях на желудке по поводу рака. Автореф. докт. дисс., Казань, 1963; Экспериментальная хирургия и анестезиология, 1965, 5. — 7. Тальман И. М. Хирургия желчного пузыря и желчных протоков. Медгиз, Л., 1963. — 8. Cattel R. B. JAMA, 1947, 134, 3. — 9. Glen F., Beil A. R. Surg. Gynec. Obstet., 1964, 113, 3, 499—506. — 10. Favero P. A. Minerva chir., 1963, 18, 5, 199—210. — 11. Hicken N. F., McAllister A. S. Surgery, 1964, 55, 6, 753—758. — 12. Nassr-Esfahni A., Fichter H. J. Chirurg., 1964, 35, 6, 265—269. — 13. Schuman U. Zbl. chir., 1962, 19, 823—830. — 14. Seiro V., Kettunen K. Acta chir. scand., 1965, 129, 1, 96—106.

УДК 616.71—018.46—002—616—089

О СРОКАХ И ТЕХНИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

И. К. Никитенко

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. С. П. Вилесов)
Оренбургского медицинского института*

В основном оперативное пособие при хроническом остеомиелите складывается из удаления нежизнеспособной костной ткани из остеомиелитической полости и замещения костного дефекта. Методика же выполнения некрэктомии на разных этапах весьма различна. Несомненно, что успех каждой операции зависит от правильного выбора способа и своевременности ее выполнения.

И. И. Михайловский указывает, что оптимальным периодом репарации кости является срок в 6—12 месяцев от начала заболевания остеомиелитом. Именно этот срок автор считает лучшим моментом для некрэктомии.

Наш опыт, основанный на лечении более 600 больных гематогенным остеомиелитом, показывает, что с радикальной операцией спешить не следует. Необходимо выждать до полного отграничения секвестров и костных остеомиелитических полостей.

Наиболее выгодным для радикальной операции мы считаем время, когда репаративный процесс в кости начинает превалировать над деструктивными. Это соответствует окончанию переходного периода от острого остеомиелита к хроническому. А так как длительность переходного периода варьирует от нескольких месяцев до полугода и более лет, то выбор срока некрэктомии у каждого больного должен быть индивидуальным.

Обязательным условием является отсутствие обострения воспалительного процесса при наличии одного или нескольких функционирующих свищей. Рентгенологически при этом определяются четко очерченные костные полости с секвестрами или без них и склероз костной ткани в прилежащем районе. При ангиографических исследованиях в это время находят стихание воспалительной артериальной и венозной гиперемии сегмента, а также падение температуры и уменьшение асимметрии осциллографических показателей. Лишь при тяжелом распространенном остеомиелите с затяжной общей интоксикацией вынужденно выбирают более ранний срок операции. Здесь задача заключается не в ликвидации остеомиелитического очага, а лишь в удалении уже успевшего отграничиться некротического субстрата и дренировании остеомиелитических полостей. Такое паллиативное вмешательство положительно сказывается на течении остеомиелитического процесса, улучшает состояние организма, уменьшает интоксикацию и повышает сопротивляемость больного к инфекции. Воспалительный процесс в кости и окружающих мягких тканях при этом стихает, но остаются свищи с небольшим гнойным отделяемым.