

иглу выводили на наружную поверхность челюсти непосредственно в рану на уровне внутреннего конца проволоки. Внутренний конец проволоки вводили в отверстие малого фрагмента и концы костного шва соединяли на щечной поверхности после репозиции отломков. Вследствие этого большой фрагмент оказывается подвешенным к малому фрагменту нижней челюсти. Слизисто-надкостничную ткань укладывали на место. Рану ушивали наглухо с введением дренажа на 24 часа. В послеоперационном периоде наблюдался умеренный отек мягких тканей. В течение недели мы проводили курс антибиотикотерапии.

У большинства больных непосредственный результат лечения был хорошим. У 5 больных в последующем развился травматический остеомиелит: у 3 в первые два месяца после операции и у 2 — через год. У 2 больных воспалительный процесс удалось купировать после внутривитовых разрезов, удаления восьмого зуба из линии перелома, местных инъекций метилурацила, пенициллина, физиотерапевтического лечения. 1 больному с травматическим остеомиелитом через два месяца, а 2 через год после операции пришлось удалить швы, после чего воспалительный процесс прекратился. Других осложнений в послеоперационном периоде мы не наблюдали.

У 27 лиц раны зажили первичным натяжением, у 2 произошло инфицирование раны, но развития травматического остеомиелита удалось избежать.

Из 29 больных, лечившихся в стационаре, 16 выписаны на 4—15-е сутки, 11 — на 16—30-е сутки, 2 — спустя 30 суток.

Выяснение отдаленных результатов лечения у 11 больных в сроки от 1 до 4 лет показало, что большинство больных с круговым костным швом чувствует себя хорошо. Однако у 2 больных через 1—2 года произошло прорезывание проволочного шва со стороны слизистой оболочки полости рта. У одного больного шов был удален, другой отказался от его удаления, мотивируя отказ тем, что шов его не беспокоит.

Приведенные наблюдения дают основание считать, что окружающий шов можно применять как наиболее простой способ скрепления отломков при переломах в области угла нижней челюсти за зубным рядом при соответствующих показаниях к нему. Методика наложения окружающего шва является простой, малотравматичной; кроме того, она исключает образование экстраорального рубца, что имеет косметическое значение. Ввиду простоты методики данное оперативное вмешательство можно проводить в амбулаторных условиях.

Поступила 6 декабря 1977 г.

УДК 616.34—006.5—072.1—089.87

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. С. Логинов, Ю. В. Васильев, В. В. Гуляев

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома (директор — чл.-корр. АМН СССР проф. А. С. Логинов)

Реферат. Проведено 7 эндоскопических полипэктомий луковицы двенадцатиперстной кишки. Рекомендуется выполнять эту операцию в хирургическом стационаре после предварительного гистологического исследования биопсированного материала.

В последнее время эндоскопию стали применять с лечебными целями, в частности для удаления полипов желудочно-кишечного тракта. Эндоскопическая полипэктомия двенадцатиперстной кишки имеет ряд особенностей, поэтому мы считаем целесообразным изложить наши данные.

Под наблюдением находилось 7 больных (возраст — от 19 до 49 лет) с полипами двенадцатиперстной кишки. Все они поступали с жалобами на различную интенсивность боли в эпигастральной области и диспептические расстройства. Помимо обычного клинического обследования, у всех больных проводили эндоскопию верхних отделов желудочно-кишечного тракта под местной анестезией.

6 больных были госпитализированы для проведения эндоскопической полипэктомии (полип луковицы двенадцатиперстной кишки был выявлен у них в поликлинике по месту жительства или в научно-диспансерном отделе института). Одна больная поступила в институт с подозрением на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, и лишь при рентгено-эндоскопическом исследовании у нее обнаружили полип. При этом это наблюдение.

Е., 19 лет, студентка, поступила 15/VIII 1975 г. с жалобами на острые боли в подложечной области и по всему животу, возникающие натощак по ночам и через 1,5—2 часа после еды, горечь во рту, отрыжку воздухом, запоры. С пятилетнего возраста ее периодически беспокоят боли в животе, при обследовании находили лямблиозный холестит. С весны 1973 г. присоединились указанные выше проявления. С подозрением на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки Е. была госпитализирована.

Большая пониженной упитанности, сердце и легкие без патологических отклонений, живот мягкий, при пальпации болезнен в пилородуоденальной области, печень и селезенка не увеличены. В моче и крови не обнаружено патологических изменений. На ЭКГ определяется синусовая аритмия. Анализ желудочного сока: свободная кислотность 18—0—30, общая — 26—12—56. При рентгенологическом исследовании найден полип препилорического отдела желудка на длинной ножке, пролабирующий в луковицу двенадцатиперстной кишки. При эндоскопии установлен полип на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит с атрофией слизистой. Форма полипа полушаровидная, диаметр в основании 0,8 см, окраска ярко-розовая.

4/IX 1975 г. произведена эндоскопическая электроэксцизия полипа. Через 4 дня при контрольной дуоденоскопии на месте удаленного полипа в луковице двенадцатиперстной кишки был отмечен округлой формы участок, покрытый сероватым налетом, диаметром в 1 см, с ровными краями, несколько возвышающийся над окружающей слизистой. В настоящее время самочувствие больной удовлетворительное.

Итак, эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки дало возможность уточнить локализацию полипа, а эндоскопическая электроэксцизия — удалить его.

Для удаления полипов двенадцатиперстной кишки могут быть использованы эндоскопы с торцевым расположением оптики на дистальном конце: GFB типа Д и Д2, CF типа MB2, TGF типа Д2. Следует отметить, что с помощью этих эндоскопов можно осмотреть лишь луковицу и нисходящую часть двенадцатиперстной кишки, поэтому в настоящее время возможна эндоскопическая полипэктомия лишь этих отделов двенадцатиперстной кишки.

В наших наблюдениях полипы луковицы двенадцатиперстной кишки имели шаровидную и полушаровидную форму, размеры их составляли 0,6—2 см, а диаметры оснований — 0,6—1 см.

Для решения вопроса о проведении эндоскопической полипэктомии необходимо прежде всего провести обычное эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при котором следует установить локализацию полипа, оценить его состояние, а также состояние окружающей слизистой оболочки. Надлежит считать обязательной прицельную биопсию различных участков полипа (не менее 3 раз) с гистологическим исследованием полученного материала. Чтобы не удлинять пребывание больного в стационаре, этот этап обследования можно провести в амбулаторных условиях. Проведение прицельной биопсии необходимо для установления природы полипа и, следовательно, решения вопроса о характере хирургического вмешательства.

Все попытки извлечь полип из двенадцатиперстной кишки через желудок и пищевод посредством одноканального эндоскопа оканчивались неудачей, так как полип легко соскальзывал. Лишь через эндоскоп TGF типа Д2, в котором имеется два биопсийных канала, можно одновременно ввести петлю для отсечения полипа и щипцы для его захвата. В этом случае целесообразно вначале наложить петлю на основание полипа, затем щипцами захватить его и произвести электроэксцизию, после чего извлечь полип. Однако вследствие особенностей строения и размеров двенадцатиперстной кишки и эндоскопа это, по-видимому, может быть выполнено лишь в единичных случаях. К тому же нередко вообще не удается провести этот эндоскоп в двенадцатиперстную кишку, ибо наружный диаметр его наконечника на дистальном конце равен 17 мм.

Мы не наблюдали осложнений эндоскопической полипэктомии двенадцатиперстной кишки. Однако это вмешательство следует проводить лишь в хирургическом стационаре, а больных надо готовить так, как надлежит готовить к операциям на двенадцатиперстной кишке, т. е. определять группу и свертываемость крови, резус-фактор и т. п.

Отсечение полипов двенадцатиперстной кишки, как и полипов толстой кишки и желудка, мы производили с помощью токов высокой частоты; в качестве их источника использовали отечественный электрокоагулятор (электронож) и электрокоагулятор «Олимпус».

Образующийся после удаления полипов дефект слизистой мы рассматривали как ожоговую язву. Последняя на 3—4-й неделе рубцевалась.

Наши наблюдения показали, что эндоскопическая полипэктомия двенадцатиперстной кишки вполне возможна, легко переносится больными. Дальнейшее накопление фактов позволит изучить отдаленные результаты эндоскопических полипэктомий и уточнить размеры полипов двенадцатиперстной кишки, при которых целесообразно проводить эту операцию.

Поступила 25 мая 1976 г.