

содержимое отличается чрезвычайной агрессивностью не столько из-за инфицированности, сколько в силу особенно высокой ферментативной токсичности. Такого рода перитониты сопровождаются множественными мелкоочаговыми некротическими поражениями печени [4].

Поддающееся большинство хирургов считает, что при операции по поводу НДК не следует пытаться ушить дефект в кишке, так как швы, наложенные на воспаленные ткани, как правило, прорезаются, и отверстие увеличивается. Главной целью оперативного вмешательства является санация брюшной полости и отграничение марлевыми дренажами дуоденальной культи от свободной брюшной полости. Во избежание расхождения всей лапаротомной раны дренажи лучше выводить через косой разрез в правом подреберье. При больших дефектах в дуоденальном шве кишку дренируют трубкой по Мельху.

Нами оперировано 9 больных с разлитым перитонитом на почве НДК. 6 из них удалось спасти. 3 больных, у которых операция ограничивалась лишь дренированием подпеченочного пространства, погибли от прогрессирующего разлитого перитонита или межкишечных абсцессов на фоне изнуряющего дуоденального свища.

Чтобы предупредить распространение дуоденального содержимого по брюшной полости и создать наиболее благоприятные условия для формирования дуоденального свища, мы подводим к дуоденальной культе во время операции, кроме марлевых турнунд, двухпросветную трубку с множеством боковых отверстий. Через один канал область культи постоянно орошается смесью равных частей 5% раствора ЭАКК, 5 тыс. ед. трасилола или контрикала и 0,1 н. раствора соляной кислоты. Как показали экспериментальные исследования, этот раствор в 8—10 раз сокращает фибринолитическую активность дуоденального содержимого. Такой раствор, подводимый капельно по 200—300 мл в сутки к дуоденальной культе, инактивирует ферментные системы двенадцатиперстной кишки, предупреждает фибринолиз в ране. Кроме того, значительно снижается раздражающее действие дуоденальных соков на кожу. Одновременно с инфузией указанного раствора через второй канал постоянно производится аспирация смеси раствора в дуоденальным содержимым. Благодаря применению комплексной терапии у 10 из 13 больных со сформировавшимися дуоденальными свищами наступило заживление свищей и выздоровление.

Летальность при НДК достигает 40—50%. Нам удалось излечить 18 больных с НДК из 21.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной А. Г. Резекция желудка. Медицина, Л., 1973. — 2. Малхасян В. А. Некоторые вопросы соустья после резекции желудка. Автореф. дисс., Ереван, 1959. — 3. Масумов С. А. Мед. журн. Узбекистана, 1964, 7. — 4. Федоров В. В. Казанский мед. ж., 1965, 4. — 5. Чухриенко Д. П., Белый И. С. Наружные кишечные свищи. Здоров'я, Киев, 1975.

Поступила 9 марта 1977 г.

УДК 616.346.5—079.2

ОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ОТДЕЛА КИШЕЧНИКА

Ш. З. Аджиев

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Изучена ангиоархитектоника слепой и конечного отдела подвздошной кишки и червеобразного отростка с помощью трансллюминационной методики во время 69 операций, на 12 резецированных препаратах и 67 аутопсийных органо-комплексах. Выполнены замеры кровяного давления во внутрисстеночных сосудах подвздошной кишки (43), слепой (43) и червеобразного отростка (35). Полученные данные позволяют рекомендовать трансллюминацию и определение кровяного давления во внутрисстеночных сосудах в качестве дополнительных методов исследования во время операции.

Ангиологические исследования илеоцекального отдела кишечника представляют особый интерес в связи с частым его поражением самыми различными патологическими процессами, помимо аппендицита.

В настоящем сообщении изложены результаты изучения ангиоархитектоники подвздошной и слепой кишок с помощью трансллюминационной методики [1]. Наиболее приемлемой для этого отдела кишечника является внеполостная трансллюминация. Исследование всех отделов илеоцекуса осуществимо после мобилизации его путем рассечения брюшины по латеральному каналу и у основания брыжейки подвздошной кишки. Отслойка комплекса от задней стенки живота допускает исследования на всем

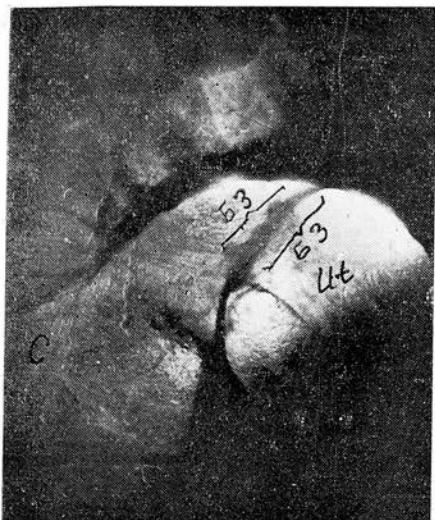


Рис. 1. Слепая (C) кишка и инвагинат подвздошной кишки (Ut) в проходящем свете. БЗ — баугиниева заслонка. Смежно-полостная трансиллюминация (препарат).

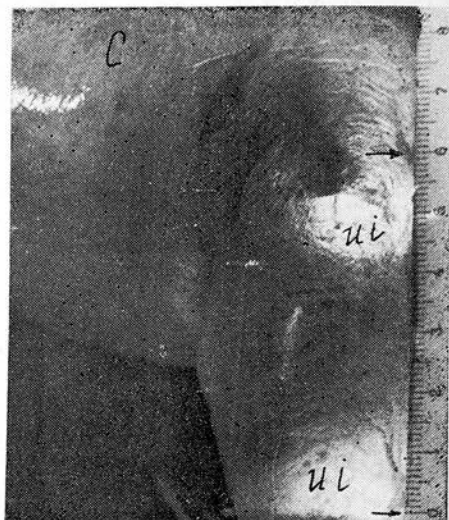


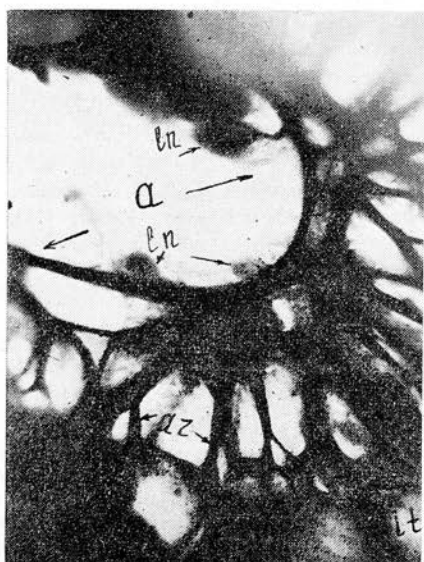
Рис. 1а. Инвагинат подвздошной кишки после полной препаровки баугиниевой заслонки. Внеполостная трансиллюминация (препарат).

протяжении конечной части толстой кишки, слепой и восходящей кишки. Трансиллюминация выполнена во время 69 операций, на 12 удаленных препаратах, а также на аутопсийном материале — 67 органокомплексах.

В проходящем свете (рис. 1) можно видеть затенения, соответствующие баугиниевой заслонке. Передняя губа выявляется при нахождении источника света позади кишки в виде дугообразной формы лентовидной полосы, расположенной у места соединения конечного отдела подвздошной и слепой кишки. После рассечения серозной оболочки над затенением, соответствующим баугиниевой заслонке, освобождается участок стенки подвздошной кишки длиной до 6 см, лишенный серозного слоя (рис. 1 а). Он соответствует инвагинату, формирующему илеоцекальное соединение.

В проходящем свете можно выявить циркулярной формы в виде ободка затенение, расположенное у основания червеобразного отростка и соответствующее сфинктеру Герлаха.

При трансиллюминации четко выявляются экстраорганные и интрамуральные сосуды илеоцекального отдела кишечника. На рис. 2 представлены экстраорганные сосу-



ды этого отдела кишки. В данном наблюдении верхняя брыжеечная артерия и а. ileo-colica, сливаясь между собой, образуют сосудистую дугу (а), расположенную на неравном расстоянии от брыжеечного края подвздошной и слепой кишки. К описанным сосудам примыкают замкнутые сосудистые кольца, составляющие аркады. Эти образования располагаются в один или два ряда. От сосудистых ячеек, примыкающих к краю кишки, в стенку ее направляются прямые сосуды. У брыжеечного края формируется маргинальная дуга, по которой смежные прямые сосуды анастомозируют. Прямые ветви слепой кишки связаны с дугой, образованной подвздошно-ободочной артерией.

На рис. 3 подвздошно-ободочная и верхнебрыжеечная артерии с их ветвями в илеоцекальной области формируют три сосудистых кольца: первое образуется за счет подвздошно-ободочной ар-

Рис. 2. Верхняя брыжеечная артерия, сосудистая дуга (а). Внеполостная трансиллюминация (препарат).

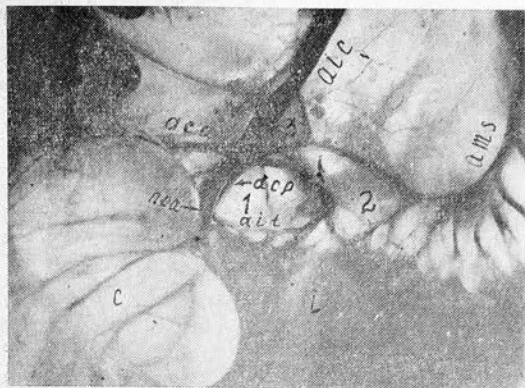


Рис. 3. Илеоцекальный угол кишечника. Внеполостная ангиограмма (препарат).

1, 2, 3 — сосудистые кольца; *dms* — верхняя брыжеечная артерия; *aic* — подвздошно-ободочная артерия; *аса* — восходящая ободочная артерия; *psa* — передняя слепокишечная артерия; *аср* — задняя слепокишечная артерия; *ait* — подвздошная кишка; *C* — слепая кишка; *it* — подвздошная кишка.



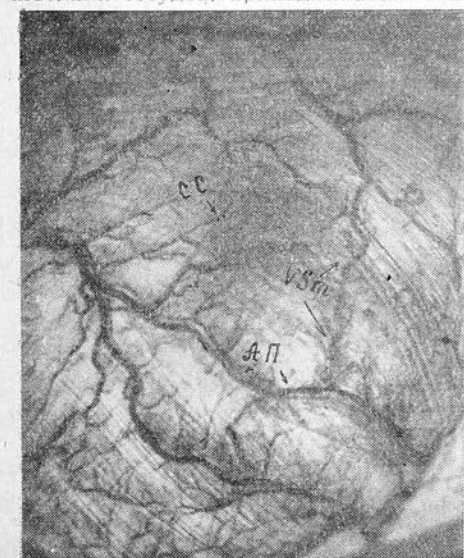
Рис. 4. Купол слепой кишки и червеобразный отросток (препарат).

Внеполостная трансллюминация: 1 — ствол артерии отростка (критический пункт); 2 — место правильного лигирования; 3 — место изолированной перевязки; *a* — зона кровоснабжения первой ветви *a. appendicularis*.

терии и связывает основной ствол с его слепокишечной ветвью, второе соединяет подвздошную с отрезком верхнебрыжеечной артерии, третье возникает после дихотомического деления конечной ветви верхнебрыжеечной артерии путем соединения производных ветвей с подвздошно-ободочной артерией.

Приведем некоторые иллюстрации, свидетельствующие о значении выявления сосудов в проходящем свете для предупреждения осложнений при аппендэктомии. На рис. 4 в проксимальном отделе артерии червеобразного отростка определяется крупный ствол, направляющийся к слепой кишке. От этого сосуда к отростку идет одна ветвь. Лигирование артерии червеобразного отростка в пункте 1 чревато опасностью расстройства гемоциркуляции в зоне *a* слепой кишки. В этом случае перевязка должна быть выполнена в точке 2. Одна из ветвей артерии отростка остается неперевязанной, и ее лигируют в пункте 3. Ветвь, направляющаяся к слепой кишке, должна быть сохранена.

Трансллюминация обеспечивает выявление интрамуральных сосудов, принадлежащих субсерозному, мышечному, подслизистому слоям и слизистой. Картина внутрстеночных сосудистых сетей представлена на рис. 5. Подслизистое сплетение формируется за счет ветвей различного калибра. Видны анастомозы смежных ветвей и произвольных сосудов, принадлежащих той же ветви. Этот основной коллектор кровотока включает сосуды, расположенные в различных плоскостях. О положении ветвей в толще стенки можно судить по их контрастности. Ветви, лежащие ближе к серозному покрову, имеют более отчетливые контуры.



Терминальный отдел подвздошной кишки отличается от других петель тонкой кишки наиболее низким уровнем артериального и венозного давления. Значительное снижение кровяного давления здесь отмечено при системной гипотензии [2 а].

Мы предположили, что при заболеваниях, сопровождающихся длительной и выраженной гипотензией, может наступить ишемический некроз прежде всего в этом отделе.

Мы предположили, что при заболеваниях, сопровождающихся длительной и выраженной гипотензией, может наступить ишемический некроз прежде всего в этом отделе.

Рис. 5. Передняя стенка слепой кишки. Подслизистое сосудистое сплетение противобрыжеечного края слепой кишки. Внеполостная трансллюминация (препарат).

АП — анастомотический пояс, *cc* — сосуды слизистой, *vsm* — сосуды подслизистой.

кишечника. Если такие расстройства гемодинамики заканчиваются летально, то эта ишемическая патология могла бы быть найдена на аутопсии.

Замеры кровяного давления во внутрисстеночных сосудах подвздошной и слепой кишок и в сосудах брыжейки червеобразного отростка проводились нами с помощью методики, описанной ранее З. М. Сигалом (1977). Они выполнены во время 43 операций по поводу опухолей желудка, матки, яичников, левой половины толстой кишки, слепой кишки; болезни Крона; острого аппендицита; спаечной кишечной непроходимости и ущемленной грыжи. Одновременно мы определяли кровяное давление во внутрисстеночных сосудах кишки и артериальное давление в сосудах верхней конечности. Кровяное давление во внутрисстеночных сосудах слепой и подвздошной кишок и в сосудах червеобразного отростка ниже, чем в сосудах верхней конечности. В целом более высокому системному АД соответствует более высокий уровень давления в сосудах подвздошной кишки. Сопоставление результатов определения максимального давления показало, что разница между уровнями максимального АД на конечности и во внутрисстеночных сосудах слепой кишки равна в среднем 48,01, подвздошной — 52 и червеобразного отростка — 49,3 мм рт. ст. При гипотонии давление во внутрисстеночных сосудах обычно оказывается более низким. Однако мы располагаем наблюдениями, когда АД на конечности составляло 80/60 мм рт. ст. и в интрамуральных сосудах кишки — 80/51 мм рт. ст. В одном из наших наблюдений при системном давлении 180/100 мм рт. ст. отмечено повышение давления во внутрисстеночных сосудах кишки по сравнению с нормальным для этого сосудистого русла — до 110/60 мм рт. ст. У одной больной с опухолью матки во время операции давление на сосудах верхней конечности оказалось равным 160/90 мм рт. ст., а в интрамуральных сосудах кишки — 51/25 мм рт. ст. Эти данные подтверждают правильность мнения, что по величине АД на верхней конечности нельзя судить об артериальном и венозном давлении как в интрамуральных, так и в экстраорганных сосудах илеоцекуса.

В литературе нет публикаций, посвященных изучению артериального и венозного давления при аппендиците. Мы впервые выполнили систематические исследования АД в сосудах брыжейки червеобразного отростка при остром аппендиците у 23 больных. Давление в брыжечной артерии отростка по нашим данным колебалось от 110 до 0 мм рт. ст. Представляют интерес случаи нарушения кровообращения в интрамуральных сосудах кишки, несовместимые с ее жизнеспособностью. У 4 больных острым аппендицитом замеры давления в артерии червеобразного отростка не выявили тока крови по артерии и сопутствующей вене, и следовательно, артериальное и венозное давление было равно 0. У 2 из них была обнаружена гангрена отростка.

Приведенные данные свидетельствуют о значении трансиллюминационной методики и определения кровяного давления в экстраорганных и интрамуральных сосудах илеоцекального отдела кишечника как дополнительных методов исследования во время операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М. З. Трансиллюминация при операциях на полых органах. Медицина, М., 1974.—2. Сигал З. М. а) Казанский мед. ж., 1975, № 1, № 4; б) Исследование кровяного давления и кровотока в интрамуральных сосудах кишечника и других полых органах во время операции. Автореф. докт. дисс., Казань, 1977.

Поступила 25 ноября 1977 г.

УДК 615.356.164.14—02:612.35:616.33—002.44

ВЛИЯНИЕ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Г. А. Измайлов, В. Г. Морозов

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Как показали клинические и патологоанатомические исследования, у значительного числа больных язвенной болезнью, особенно в возрасте старше 50 лет (до 27%), обнаруживаются хронические патологические изменения в печеночной ткани, требующие коррекции до и после хирургического лечения. Прием внутрь липовой кислоты до и после операции способствовал улучшению функциональных проб печени и снижению послеоперационных осложнений.

При клиническом обследовании больных язвенной болезнью старше 50 лет многие из них предъявляют жалобы на проходящие или постоянные боли в правом подреберье, связанные, как правило, с приемом жирной пищи. При осмотре нередко определяется увеличение печени, хотя у некоторых больных его можно отнести не за счет