

Проф. О. С. Радбиль, Т. И. Шангина (Казань). О желудочно-тонкокишечно-поперечноободочном свище

Операции гастроэнтеростомии в настоящее время производят по весьма ограниченным показаниям. Тем не менее больные, перенесшие эту операцию и нередко страдающие различными осложнениями после нее, могут попасть в поле зрения терапевта или хирурга.

К сравнительно не частым, но тяжелым осложнениям, возникающим после гастроэнтеростомии, относится желудочно-тонкокишечно-поперечноободочный свищ.

Ниже приводится описание 2 наблюдавшихся нами больных с желудочно-тонкокишечно-поперечноободочным свищем.

1. Ш., 48 лет, поступил в клинику 6/VIII 1957 г. с жалобами на урчание и вздутие живота в средней и верхней его частях, сопровождающиеся поносами до 4—5 раз в сутки. Спустя 1—1,5 часа после еды появляются тяжесть и тупые боли под ложечкой, нередко тухлая отрыжка, рвота тухлым содержимым, но без остатков пищи. Все эти явления особенно выражены после приема мясной пищи. Плохой аппетит, общая слабость, небольшие отеки голени и стоп.

Больным себя считает с 1940 г., когда впервые была диагностирована язва двенадцатиперстной кишки. В 1946 г. была произведена операция гастроэнтероанастомии. Менее чем через год снова возникли боли в животе. Амбулаторное лечение успеха не принесло. В 1953 г. был приступ почечнокаменной колики.

При объективном осмотре констатировано понижение упитанности, небольшие отеки, бледность, легкая субиктеричность склер и слизистых. Тоны сердца глухие, определяется гипотония — АД 90/40; живот вздут, не напряжен, слегка болезнен в подложечной области, печень — у края реберной дуги, безболезненная, селезенка не пальпируется.

Гем. 69 ед., Э. 3 800 000, ц. п. 0,9, Л. 4 600, п. — 9%, с. — 52%, л. — 27%, м. — 10%, э. — 2%; РОЭ 5 мм/час. Белки крови 5,6%, альбумины 3,18%, глобулины 2,42%.

Моча: уд. вес 1,027, незначительные следы белка; кал: реакция щелочная, микроскопия — клетчатка, детрит, капли нейтрального жира в значительном количестве, единичные обломки крахмальных зерен. Желудочный сок: натощак общая кислотность до 50 ед., свободная HCl до 30 ед., после пробного завтрака общая кислотность до 60, свободная HCl до 40 ед.

При исследовании толстого кишечника контрастной клизмой обнаружена длинная широкая S-образная кишка, которая доходит почти до селезеночного угла. Вблизи селезеночного угла контрастной массой начал заполняться желудок через анастомоз, довольно туго. Менее отчетливо заполнились поперечноободочная кишка и восходящий отдел. Рентгенологически — свищ между петлями тонкой и толстой кишки слева.

Произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка, тонкого кишечника (область анастомоза) и поперечноободочной кишки (область фистулы). Пациент выписан в хорошем состоянии 16/IX 1957 г. В течение 15 лет чувствует себя хорошо.

2. И., 54 лет, поступил в клинику 10/III 1972 г. с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, больше справа, распространяющиеся перед дефекацией по всему животу, на отрыжку тухлым, вздутие, урчание в животе, жидкий стул до 4 раз в сутки, периодические сжимающие боли в сердце. Болен с 1947 г., когда появились резкие приступообразные боли в подложечной области, сопровождавшиеся рвотой пищей. При обследовании была обнаружена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, по поводу которой И. был оперирован в 1949 г. (наложен гастроэнтероанастомоз). После операции чувствовал себя хорошо, неоднократно лечился в Ессентуках и других санаториях. Начиная с 1972 г. появились поносы, по поводу которых пациент дважды лечился в больнице без особого улучшения. В 1971 г. перенес очаговый некроз миокарда.

При осмотре — упитанность понижена, кожные покровы бледноватые, лицо и губы слегка цианотичны. Тоны сердца приглушены, АД 85/50. Живот мягкий, болезненный в подложечной области. Определяется урчание и переливание в кишечнике, прощупывается край печени, селезенка не пальпируется.

Гем. — 84 ед., Э. 4 380 000, ц. п. 1,0, Л. 4800, п. — 3%, с. — 62%, э. — 1%, л. — 27%, м. — 7%, РОЭ 26 мм/час. Моча без изменений, амиллаза мочи 32. Общий белок крови 6%. Билирубин прямой 0,58 мг%, тимоловая проба — 26 ед., реакция Вельтмана — 6-я пробырка, холестерин — 112,5 мг%. Исследование желудочного сока методом непрерывной аспирации: базальная секреция — общее количество натощак 200 мл, свободная HCl — 24, общая кислотность 44, выработка кислоты 8,8 мг/экв/час, после капустного завтрака — остаток завтрака 140,0. Общее количество — 500 мл, свободная HCl — 26, общая кислотность — 64. Выработка кислоты 32 мг/экв/час. Анализ кала: реакция щелочная, детрит, мышечные волокна, непереваренные капли нейтрального жира в значительном количестве.

Рентгенологически желудок оперирован с наложением переднего гастроэнтероанастомоза, складки слизистой плоские, широкие, в антральном отделе замкнутые, эвакуация контрастной массы резко ускорена. Петли анастомоза расширены, отмечается длительный застой контрастной массы (в них порочный круг), эвакуация контрастной массы по петлям тощей кишки значительно ускорена, рельеф слизистой грубый, утол-

щенный (контроль после лечения). Через 40 мин. контрастная масса заполнила петли толстой и подвздошной кишки почти на всем протяжении. Рельеф слизистой описанных участков резко утолщен, местами нечетко контурирован из-за большого количества жидкости в ней. Толстый кишечник значительно вздут, пальпация его болезненна.

Ирригоскопия: контрастная масса туго, свободно, равномерно заполнила толстую кишку до середины поперечноободочной кишки, после чего через петли тощей кишки туго заполнила желудок и нетуго — проксимальную часть поперечноободочной, восходящей и слепой кишки. Контур туго заполненных отделов толстой кишки ровные. Имеется дополнительная петля сигмовидной кишки. После неполного опорожнения отмечен заполненный барьер желудок, на большом протяжении петли тонкого кишечника, слепая и восходящая кишка. Рельеф слизистой опорожненных отделов толстого кишечника не изменен. Диагноз: желудочно-тонко-толстокишечный свищ в области средней трети поперечноободочной кишки. Больному была предложена операция, от которой он отказался.

УДК 616.381—002

А. А. Катков (Ишимбай, БАССР). Перитониты у детей

Мы обобщили материалы по лечению и исходам перитонитов и их осложнений у детей за 1961—1971 гг. по хирургическому отделению медсанчасти НГДУ «Ишимбайнефть». За этот период оперировано по экстренным показаниям 840 детей, из них с перитонитом — 73 ребенка (44 мальчика и 29 девочек). В возрасте до 3 лет было 8 детей, от 4 до 7 лет — 14, от 8 до 14 лет — 51.

Причиной развития перитонита у 85% детей явился аппендицит, у 6,8% — травматические повреждения кишечника, у 4,1% — перфорация полых органов и у 4,1% — прочие причины. Местный перитонит выявлен у 39 детей (53,4%), общий — у 34 (46,6%).

В первые сутки от начала заболевания госпитализировано 27 детей (37%), во вторые — 23 (31,5%), третьи и позже — 23 (31,5%). Из всех поступивших детей с перитонитом в первые 6 часов оперировано 94,5%.

При операции мы наносим параректальный разрез по Волковичу — Дьяконову, но значительно больших размеров, чем при обыкновенной аппендэктомии. У 19,2% оперированных была применена средняя лапаротомия. После устранения причины перитонита мы в обязательном порядке проводим максимальное очищение брюшной полости, а в послеоперационном периоде в брюшную полость вводим антибиотики со 150—200 мл 0,25% новокаина (через оставленную трубку). У 1 ребенка мы прибегли к дренированию брюшной полости. Терапевтический комплекс в послеоперационном периоде включал введение антибиотиков и сульфаниламидов, переливание жидкостей и плазмы, витамины, борьбу с парезом кишечника, профилактику легочных осложнений. Из 73 оперированных детей умер 1, причиной смерти явилось прогрессирование разлитого перитонита аппендикулярного происхождения. Общая летальность по отношению у детей при остром аппендиците равна 0,13%.

У 73 детей в послеоперационном периоде наблюдались различные осложнения. Наиболее частыми из них были нагноение операционной раны, абсцессы брюшной полости, кроме того, отмечены пневмонии, кишечные свищи, непроходимость. Все дети, у которых возникли осложнения, оперированы повторно. Распознавание абсцессов брюшной полости у детей в период их формирования представляет немалую трудность. Большое значение мы придаем ректальному исследованию на 3—4-е сутки, позволяющему выявить локальную болезненность в период формирования абсцессов.

В результате анализа мы пришли к заключению, что причиной развития перитонита у детей является поздняя обращаемость, поздняя госпитализация, ошибки в диагностике и несвоевременность оперативного лечения.

УДК 616.136.41

Доц. В. В. Недогода (Волгоград). Экскреторная функция застойной печени

Экскреторная функция печени изучена у 262 больных и 20 здоровых лиц по ретенции бромсульфалеина (БСФ) на 30 и 45-й минутах. Полученные данные позволили с помощью номограммы Тихи (1970) рассчитать критерий общего функционального состояния печени (Т), скорость элиминации краски синусоидальным полюсом гепатоцитов (I) и эксекреторную функцию билиарного полюса печеночных клеток (h).

В группе больных с заболеваниями сердца и легких без расстройств кровообращения (18 чел.) полное выведение БСФ чаще всего заканчивалось к 45-й мин., и только у 4 отмечалась небольшая задержка красителя, равная в среднем $0,75 \pm 0,39\%$. Печеночная хромосекреция, характеризующаяся величиной Т, оказалась несколько сниженной у 2 больных, страдавших ревматизмом с активностью процесса III степени. Величина h у всех больных превышала 1,0. Небольшая задержка БСФ (6—10%) выявлялась у 5 из 35 больных с недостаточностью кровообращения I стадии. Величина же Т была сниженной у 8 больных при $h > 1,0$, что свидетельствовало о преобладании нарушений кровяного полюса гепатоцитов.

Из 85 больных с НПА у 30 проба с БСФ оказалась патологической. Величина Т была сниженной также у 30 больных и составляла в среднем $1,39 \pm 0,105$ мг/мин./кг.