

Сопоставляя результаты клинических наблюдений у больных ревматизмом с экспериментальными данными на кроликах с гиперергическим воспалением, следует сделать вывод, что кожная гидрофильная проба может служить ценным диагностическим методом для распознавания активной фазы ревматизма.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э. Р. Тер. арх., 1957, 3. — 2. Анохин В. Н. Тер. арх., 1959, 5. — 3. Василевский М. Э., Кононов П. Ф. Врач. дело, 1959, 6. — 4. Воробьева А. И. Тер. арх., 1957, 8. — 5. Зборовский А. Б. Всесиб. конф. терап., Новосибирск, 1959. — 6. Иванов Г. К. Вopr. ревмат. Новосибирск, 1957, т. 27. — 7. Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения. М., 1957. — 8. Мясоедов Е. С. Сб. тр. Ивановского мед. ин-та, 1958, вып. 16. — 9. Нестеров А. И. Сов. мед., 1960, 1; Тер. арх., 1960, 8. — 10. Панкова Т. А. Тр. Рязанского мед. ин-та, 1958. — 11. Смирнова-Замкова А. И. Клин. мед., 1957, 6. — 12. Токмачев Ю. К. Тер. арх., 1959, 10.

Поступила 16 августа 1961 г.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ИСХОДЫ ПОСЛЕ ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИЙ И МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ, ВЫПОЛНЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ «АСЕПТИЧЕСКИХ» СЕРОЗНО-МЫШЕЧНЫХ ШВОВ<sup>1</sup>

*Асп. Н. П. Райкевич*

Кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета  
(зав.— проф. Н. И. Голубев) Саратовского медицинского института

Имеется большое количество способов наложения соустьев на желудочно-кишечном тракте. В частности, описаны так называемые закрытые и асептические способы гастроэнтеростомий и межкишечных соустьев. Казалось бы, широкое применение антибиотиков в клинической практике должно исключать возникновение перитонита в послеоперационном периоде, и образование соустьев по открытому или закрытому способу не существенно. Но известно, что появились антибиотикоустойчивые микроорганизмы, и перитонит после операций на желудочно-кишечном тракте, особенно на толстом кишечнике, а также у раковых больных, продолжает оставаться главной причиной послеоперационной летальности (Н. Н. Петров, 1956; И. Я. Дейнека, 1960). Это подтверждается сообщениями других авторов. Особенно высока летальность от перитонита после операций на толстом кишечнике — от 37% до 74%. Перитониты наблюдаются и после гастроэнтеростомий, особенно у больных при раковых поражениях желудка (К. Л. Березов, 1960). Как сообщает Н. И. Краковский (1960), по больницам РСФСР послеоперационная летальность от гастроэнтеростомий при язве желудка была 7%, а при раке желудка — 13%.

В доступной литературе последнего времени мы не нашли данных о количестве перитонитов после гастроэнтеростомий.

Значительная летальность от перитонита после операции на желудочно-кишечном тракте, в особенности на толстом кишечнике, дает основание считать, что улучшение техники наложения соустьев имеет существенное значение.

В 1944 г. проф. Н. И. Голубевым разработан способ наложения серозно-мышечных швов на обе стенки бокового анастомоза до вскрытия просвета желудочно-кишечного тракта. Сущность его состоит в следующем. До вскрытия просвета желудочно-кишечного тракта, то есть до разреза слизистых оболочек, накладываются серозно-мышечные швы не только на заднюю стенку анастомоза, как принято делать всеми, но и на его переднюю стенку. Нить же каждого наложенного шва на переднюю стенку не завязывается, а сдвигается в сторону. Концы этих нитей собираются вместе и, после разреза слизистых оболочек желудка и кишки при гастроэнтеростомии или кишок — при боковых энтеро-энтероанастомозах, быстро натягиваются, и передняя стенка анастомоза закрывается. Каждая из натянутых нитей последовательно завязывается и затем погружается серозными швами (рис. 1 и 2).

По описанной методике с 1944 г. по февраль 1961 г. включительно оперировано 280 больных. В возрасте до 20 лет было 4, от 21 до 40 лет — 79, от 41 до 60 лет — 99, от 61 и старше — 41 человек. Мужчин было 191, женщин — 89.

Заболевания, при которых производились желудочно-кишечные и межкишечные соустья, и характер оперативных вмешательств представлены в таблице 1.

Нужно отметить, что гастроэнтероанастомозы у язвенных больных выполнены в основном до 1950 г. С 1951 г. этот вид вмешательства при язвенной болезни производится только в тех случаях, когда резекция желудка невозможна по тем или иным причинам (стенотическое истощение, тяжелые сопутствующие заболевания и др.).

При раковых заболеваниях желудка гастроэнтеростомии производились в неоперабельных случаях со стенозом его выходного отдела. Операции на тонком кишечнике выполнены при кишечной непроходимости у 8 больных, по поводу злокачественных опухолей, исходящих из брыжейки или прорастающих из других органов,—у 7, и две резекции тонкого кишечника сделаны по поводу кишечных свищей.

На правой половине толстого кишечника выполнено 13 операций: у 12 больных при раке и у одного — при хронической непроходимости, вызванной псевдомуцинозными кистами, в 10 случаях произведена резекция правой половины толстого кишечника с анастомозом бок в бок между тонкой и поперечно-ободочной кишкой и в трех наложен обходной анастомоз. 15 больным сделаны операции на левой половине толстого кишечника: из них у 12 — при раке, у 2 — по поводу непроходимости и в одном случае — для ликвидации калового свища. Резекция кишки сделана в 7 случаях, а в остальных — обходной анастомоз. По поводу хронической непроходимости в одном случае произведена колэктомия с благоприятным исходом.

На 280 операций было 23 летальных исхода (таблица 2).

У одного больного после резекции желудка при возникшей непроходимости желудочно-кишечного соустья наложен передний гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем. На вторые сутки больной скончался. На вскрытии обнаружена непроходимость гастроэнтеростомического соустья вследствие ошибочного наложения последнего (у кардии).

Двое больных оперированы с механической непроходимостью тонкого кишечника. Произведена резекция омертвевших петель с наложением бокового межкишечного анастомоза. В обоих случаях смерть наступила от интоксикации в первые сутки.

У больной Ц., 71 г., с острой непроходимостью толстого кишечника, вызванной раком сигмовидной кишки, наложен обходной анастомоз. У больной об-

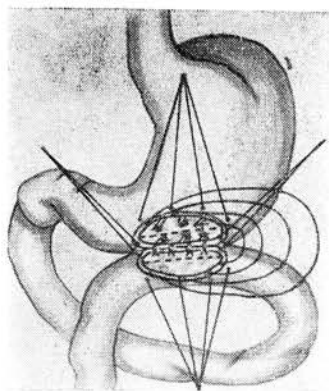


Рис. 1. Наложены серо-серозные и серозно-мышечные швы на заднюю стенку анастомоза. Сосуды подслизистого слоя желудка прошиты, перевязаны и между лигатурами перерезаны без повреждения слизистой оболочки. На переднюю стенку анастомоза наложены серозно-мышечные швы; нити этих швов сдвинуты в сторону, и концы их собраны вместе. Пунктир — линии разрезов слизистых оболочек желудка и кишки.

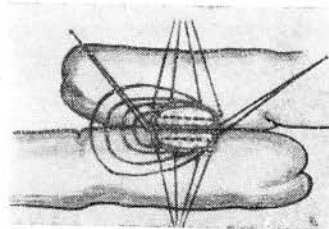


Рис. 2. Изображены таким же способом наложенные серозно-мышечные швы на переднюю стенку анастомоза до разреза слизистых оболочек.

Таблица 1

| Характер вмешательства<br>Заболевания                    | Гастроэнтеростомии |          | Дуодено-еюностомии | Резекция кишечника | Энтероанастомоз | Итого |
|----------------------------------------------------------|--------------------|----------|--------------------|--------------------|-----------------|-------|
|                                                          | задние             | передние |                    |                    |                 |       |
| Рак желудка . . . . .                                    | 64                 | 58       |                    |                    |                 | 122   |
| Язвенная болезнь . . . . .                               | 69                 | 32       |                    |                    |                 | 101   |
| Дуоденальная непроходимость . . . . .                    |                    |          | 11                 |                    |                 | 11    |
| Непроходимость тонкого кишечника и опухоли его . . . . . |                    |          |                    | 9                  | 8               | 17    |
| Опухоли толстого кишечника . . . . .                     |                    |          |                    | 18                 | 11              | 29    |
| Итого . . . . .                                          | 133                | 90       | 11                 | 27                 | 19              | 280   |
|                                                          | 223                |          |                    |                    |                 |       |

| Характер<br>оперативных<br>вмешательств                           | Причины смерти |         |                                                 |           |                                            |                     |       |
|-------------------------------------------------------------------|----------------|---------|-------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|---------------------|-------|
|                                                                   | пневмония      | кахекия | сердечно-<br>сосудистая<br>недоста-<br>точность | перитонит | механиче-<br>ская не-<br>проходи-<br>мость | вскрытия<br>не было | всего |
| Гастроэнтеро-<br>анастомоз при<br>раке . . . . .                  | 3              | 6       | —                                               | —         | 1                                          | 1                   | 11    |
| Гастроэнтеро-<br>анастомоз при<br>язвенной болез-<br>ни . . . . . | 2              | 3       | 1                                               | —         | —                                          | —                   | 6     |
| Операции на<br>тонком кишеч-<br>нике . . . . .                    | —              | —       | —                                               | —         | 2                                          | 1                   | 3     |
| Операции на<br>толстом кишеч-<br>нике . . . . .                   | 1              | —       | 1                                               | —         | —                                          | 1                   | 3     |
| Итого . .                                                         | 6              | 9       | 2                                               | 0         | 3                                          | 3                   | 23    |

разовался казовый свищ в результате распада опухоли, и она скончалась на 20 день после операции. На вскрытии установлены двусторонняя бронхопневмония и спайки вокруг анастомоза.

Трое умерших больных вскрытию не подвергались. У двух из них летальный исход наступил в день операции, а третья умерла на 16 день после задней гастроэнтеростомии по поводу рака желудка. Симптомов перитонита после операции у этой больной не наблюдалось.

Таким образом, на 280 гастроэнтеростомий и боковых анастомозов на тонком и толстом кишечнике разлитого перитонита на нашем материале не наблюдалось. Это позволяет высказать мнение, что способ наложения серозно-мышечных швов на обе стенки соустья до вскрытия просвета желудка и кишок является асептическим, так как нити швов проходят в подслизистом слое без повреждения слизистой оболочки. С другой стороны, прошивание подслизистого слоя настолько увеличивает прочность швов, что несостоятельности их у наших больных не наблюдалось.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. Рак желудка. Руководство по хирургии, М., 1960, т. VII.—
2. Ганечкин А. М. Тр. Всесоюз. конф. хирургов, травматол. и анестезиол., М., 1960.—3. Голубев Н. И. Доклад на научн. сесс. Саратовского мединститута, 1960.—4. Дейнека И. Я. Злокачественные опухоли (рак толстой кишки). Руководство по хирургии, М., 1960, т. VII.—5. Краковский Н. И. Вест. хир., 1960, т. 85, 8.—6. Литвинова Е. В. Вест. хир., 1956, т. 77, 12.—7. Матвеев В. И. Тр. Всесоюз. конф. хирургов, травматол. и анестезиол., М., 1960.—8. Махов Н. И. и Селезнева Г. Ф. Хирургия, 1960, 12.—9. Петров Н. Н. и соавторы. Вестн. хир., 1956, т. 77, 12.—10. Полянецв А. А. Тр. Всесоюз. конф. хирургов, травматол. и анестезиол., М., 1960.—11. Хоранов А. Там же.

Поступила 25 сентября 1961 г.