

первой операции истинных причин болезни (острый панкреатит после резекции желудка, разрыв кисты яичника и др.).

В результате анализа нашего материала и изучения литературных данных мы пришли к заключению, что хирурги должны заботиться не столько об уменьшении количества повторных операций, сколько о раннем выявлении больных с «острым животом» и о предупреждении осложнений во время первичных вмешательств. Больные с осложненными формами острого аппендицита должны быть оперированы под общим обезболиванием. Переход на общее обезболивание при аппендэктомиях оправдан в тех случаях, когда в процессе операции обнаруживается распространение гнойного выпота за пределы правой подвздошной ямы и возникают затруднения в проведении тщательной санации под местной анестезией. При отчетливой клинической картине разлитого перитонита любого происхождения, в том числе и аппендэкταльного, показан срединный лапаротомный доступ.

Лечение больных, перенесших релапаротомию, мы осуществляли в зависимости от характера осложнения и вида оперативного вмешательства, при этом в первую очередь проводили дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, мероприятия, направленные на нормализацию водно-электролитных нарушений, а также применяли новокаиновые блокады, гормоны, витамины и пр.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гершман Б. М., Копылова Л. А. В кн.: Актуальные вопросы хирургии и осложнения в хирургической гастроэнтерологии. М., 1980.— 2. Муфомский Ю. А., Грачева К. П., Голубкова Г. М. Сов. мед., 1978.— 3. Рудник В. И., Зайцев И. С., Николаев А. М. В кн.: XV научная конференция слушателей военно-медицинского факультета, посвященная 111-й годовщине со дня рождения В. И. Ленина. Куйбышев, 1981.— 4. Феофилов Г. Л., Паскаль А. А., Шишкина Т. Н. и др. В кн.: Ошибки, опасности и осложнения при острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости. Красноярск, 1976.

Поступила 21.05.85.

УДК 616.33—002.44—089.163:615.835.3

РОЛЬ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

А. А. Чернявский, П. С. Зубеев, О. В. Миловидова, Н. Г. Михайлова

Кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета (зав.— проф. А. А. Чернявский) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Хотя консервативная терапия остается основной при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, однако 20—30% больных нуждаются в хирургическом лечении [3]. В последние годы в широкую хирургическую практику лечения пилородуоденальных язв внедряется новый оперативный метод — селективная проксимальная ваготомия. Ее выполнение связано с решением вопроса о тактике хирурга в отношении язвенной ниши: иссекать ее при этом или оставлять?

По мнению А. А. Горбашко и О. Х. Батчаева (1982), во время операции необходимо иссекать незажившую язву с одновременным удалением одной трети привратника. Попен, Дэллин (1981) подчеркивают, что такая тактика особенно важна при пилорических язвах, так как их рубцевание в последующем может привести к пилоростенозу. С. Е. Кулешов (1982) предлагает при всех неосложненных язвах выполнять селективную проксимальную ваготомию без иссечения язвы. Геденштадт (1975) считает, что даже при выраженной деформации двенадцатиперстной кишки и больших каллезных язвах с относительным стенозом пилорического отдела допустимо проведение этого нового оперативного метода без пилоропластики.

На наш взгляд, наиболее правильным нужно признать предложение М. И. Кузина и соавт. (1982): с целью определения окончательной тактики хирурга в отношении язвы следует добиваться ее заживления в предоперационном периоде с помощью интенсивной противоязвенной терапии, а именно гипербарической оксигенации. За счет нормализации окислительно-восстановительных процессов в ишемизированных тканях, улучшения микроциркуляции, уменьшения отека, ускорения ре-

генерации после гипербарической оксигенации у большинства больных в сравнительно короткие сроки удается достичь эпителизации язвы [2].

Применяя гипербарическую оксигенацию в предоперационном периоде у больных с пилородуоденальными язвами мы поставили следующие цели: добиться полного заживления язвы либо значительного уменьшения ее в размерах; купировать воспалительный перифокальный процесс в зоне язвы; за счет заживления язвы и уменьшения перифокальных инфильтративных изменений перевести все пилородуоденальные стенозы в «истинные» рубцово-язвенные или же убедиться, что рубцевание язвы не ведет к формированию стеноза. Эти цели в конечном итоге служили критерием определения объема операции при пилородуоденальных язвах.

Гипербарическую оксигенацию в количестве 6—12 сеансов проводили в барокамере типа «Ока-МТ» под давлением 1,75—2 атм. Время компрессии и декомпрессии составляло 10 мин, основного режима — 40—50 мин.

Абсолютными противопоказаниями для выполнения сеансов являлись кровотокающая язва, эпилепсия, наличие кист и полостей в легких, а также бронхоплевральных свищей, острая пневмония, клаустрофобия, высокая стабильная артериальная гипертензия.

Гипербарическая оксигенация применена нами у 74 больных, которым впоследствии была выполнена селективная проксимальная ваготомия. Из них у 71 (95,9%) больного удалось добиться положительной динамики в заживлении язвы: у них исчезли боли, язва при контрольном осмотре уменьшилась в размерах или же зарубцевалась. При поступлении у 56 больных отсутствовало в диагнозе осложнение язвенной болезни стенозированием, у 18 человек был диагностирован язвенный стеноз. После проведения лечебного курса диагноз стеноза был снят у 4 больных и им была выполнена изолированная селективная проксимальная ваготомия. По нашему мнению, ошибочный диагноз стеноза был поставлен этим больным в связи с выраженными нарушениями моторной функции, и в частности замедлением эвакуации пищи [7], которое наблюдается обычно в острой фазе язвенной болезни. После заживления язвы увеличивается антральная моторика и замедленное опорожнение желудка претерпевает обратное развитие.

Изолированная селективная проксимальная ваготомия была выполнена у 60 (81,1%) больных. Для сравнения отметим, что до внедрения гипербарической оксигенации в предоперационную подготовку данная операция была произведена по поводу пилородуоденальных язв у 28 больных, из них лишь у 8 (28,5%) без дренирования желудка.

По нашим данным, после изолированной селективной проксимальной ваготомии значительно реже встречаются такие осложнения отдаленного послеоперационного периода, как демпинг-синдром (у 1,5% больных, в сочетании с дренирующими желудок операциями — у 20,5%), желчный антрум-гастрит (при первом варианте операции нами не зафиксирован, при втором — у 3 больных) и диарея. Эти результаты показывают положительный эффект применения гипербарической оксигенации перед операцией у больных с пилородуоденальными язвами.

У 3 больных после гипербарической оксигенации положительной динамики в заживлении язвы не отмечено. У 2 из них были пилорические язвы, им обоим была произведена изолированная селективная проксимальная ваготомия. В последующем у одного больного развился рецидив язвы.

В настоящее время мы считаем, что язвы, не поддающиеся рубцеванию, после применения гипербарической оксигенации следует иссекать в ходе указанной операции. Если такой возможности нет, необходимо резецировать $\frac{2}{3}$ желудка.

У 15 больных было исследовано влияние гипербарической оксигенации на содержание α -, β - и γ -глобулинов сыворотки крови, лизоцима и комплемента в крови. По нашим данным, гипербарическая оксигенация обладает стимулирующим воздействием на факторы неспецифического иммунитета, если проводить не более 2—4 сеансов, поскольку большее количество сеансов подавляет их выработку. У больных, не получавших лечебные сеансы до операции, исходный уровень белков и ферментов в крови восстанавливается лишь на 8—10-й день после операции, тогда как с применением гипербарической оксигенации — уже на 3—5-й день, что в свою очередь благоприятно сказывается на течении послеоперационного периода.

ВЫВОД

Таким образом, применение гипербарической оксигенации в предоперационном периоде у больных с пилородуоденальными язвами в 95,9% случаев позволяет добиться заживления язвы и вследствие этого дает возможность увеличить число про-

первой операции истинных причин болезни (острый панкреатит после резекции желудка, разрыв кисты яичника и др.).

В результате анализа нашего материала и изучения литературных данных мы пришли к заключению, что хирурги должны заботиться не столько об уменьшении количества повторных операций, сколько о раннем выявлении больных с «острым животом» и о предупреждении осложнений во время первичных вмешательств. Больные с осложненными формами острого аппендицита должны быть оперированы под общим обезболиванием. Переход на общее обезболивание при аппендэктомиях оправдан в тех случаях, когда в процессе операции обнаруживается распространение гнойного выпота за пределы правой подвздошной ямы и возникают затруднения в проведении тщательной санации под местной анестезией. При отчетливой клинической картине разлитого перитонита любого происхождения, в том числе и аппендэкстального, показан срединный лапаротомный доступ.

Лечение больных, перенесших релапаротомию, мы осуществляли в зависимости от характера осложнения и вида оперативного вмешательства, при этом в первую очередь проводили дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, мероприятия, направленные на нормализацию водно-электролитных нарушений, а также применяли новокаиновые блокады, гормоны, витамины и пр.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гершман Б. М., Копылова Л. А. В кн.: Актуальные вопросы хирургии и осложнения в хирургической гастроэнтерологии. М., 1980.— 2. Муромский Ю. А., Грачева К. П., Голубкова Г. М. Сов. мед., 1978.— 3. Рудник В. И., Зайцев И. С., Николаев А. М. В кн.: XV научная конференция слушателей военного медицинского факультета, посвященная 111-й годовщине со дня рождения В. И. Ленина. Куйбышев, 1981.— 4. Феофилов Г. Л., Паскаль А. А., Шишкина Т. Н. и др. В кн.: Ошибки, опасности и осложнения при острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости. Красноярск, 1976.

Поступила 21.05.85.

УДК 616.33—002.44—089.163:615.835.3

РОЛЬ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

А. А. Чернявский, П. С. Зубеев, О. В. Миловидова, Н. Г. Михайлова

Кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета (зав.— проф. А. А. Чернявский) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Хотя консервативная терапия остается основной при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, однако 20—30% больных нуждаются в хирургическом лечении [3]. В последние годы в широкую хирургическую практику лечения пилородуоденальных язв внедряется новый оперативный метод — селективная проксимальная ваготомия. Ее выполнение связано с решением вопроса о тактике хирурга в отношении язвенной ниши: иссекать ее при этом или оставлять?

По мнению А. А. Горбашко и О. Х. Батчаева (1982), во время операции необходимо иссекать незажившую язву с одновременным удалением одной трети привратника. Попен, Дэлин (1981) подчеркивают, что такая тактика особенно важна при пилорических язвах, так как их рубцевание в последующем может привести к пилоростенозу. С. Е. Кулешов (1982) предлагает при всех неосложненных язвах выполнять селективную проксимальную ваготомию без иссечения язвы. Геденштадт (1975) считает, что даже при выраженной деформации двенадцатиперстной кишки и больших каллезных язвах с относительным стенозом пилорического отдела допустимо проведение этого нового оперативного метода без пилоропластики.

На наш взгляд, наиболее правильным нужно признать предложение М. И. Кузина и соавт. (1982): с целью определения окончательной тактики хирурга в отношении язвы следует добиваться ее заживления в предоперационном периоде с помощью интенсивной противоязвенной терапии, а именно гипербарической оксигенации. За счет нормализации окислительно-восстановительных процессов в ишемизированных тканях, улучшения микроциркуляции, уменьшения отека, ускорения ре-

первой операции истинных причин болезни (острый панкреатит после резекции желудка, разрыв кисты яичника и др.).

В результате анализа нашего материала и изучения литературных данных мы пришли к заключению, что хирурги должны заботиться не столько об уменьшении количества повторных операций, сколько о раннем выявлении больных с «острым животом» и о предупреждении осложнений во время первичных вмешательств. Больные с осложненными формами острого аппендицита должны быть оперированы под общим обезболиванием. Переход на общее обезболивание при аппендэктомиях оправдан в тех случаях, когда в процессе операции обнаруживается распространение гнойного выпота за пределы правой подвздошной ямы и возникают затруднения в проведении тщательной санации под местной анестезией. При отчетливой клинической картине разлитого перитонита любого происхождения, в том числе и аппендэкταльного, показан срединный лапаротомный доступ.

Лечение больных, перенесших релапаротомию, мы осуществляли в зависимости от характера осложнения и вида оперативного вмешательства, при этом в первую очередь проводили дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, мероприятия, направленные на нормализацию водно-электролитных нарушений, а также применяли новокаиновые блокады, гормоны, витамины и пр.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гершман Б. М., Копылова Л. А. В кн.: Актуальные вопросы хирургии и осложнения в хирургической гастроэнтерологии. М., 1980.— 2. Муромский Ю. А., Грачева К. П., Голубкова Г. М. Сов. мед., 1978.— 3. Рудник В. И., Зайцев И. С., Николаев А. М. В кн.: XV научная конференция слушателей военно-медицинского факультета, посвященная 111-й годовщине со дня рождения В. И. Ленина. Куйбышев, 1981.— 4. Феофилов Г. Л., Паскаль А. А., Шишкина Т. Н. и др. В кн.: Ошибки, опасности и осложнения при острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости. Красноярск, 1976.

Поступила 21.05.85.

УДК 616.33—002.44—089.163:615.835.3

РОЛЬ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

А. А. Чернявский, П. С. Зубеев, О. В. Миловидова, Н. Г. Михайлова

Кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета (зав.— проф. А. А. Чернявский) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Хотя консервативная терапия остается основной при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, однако 20—30% больных нуждаются в хирургическом лечении [3]. В последние годы в широкую хирургическую практику лечения пилородуоденальных язв внедряется новый оперативный метод — селективная проксимальная ваготомия. Ее выполнение связано с решением вопроса о тактике хирурга в отношении язвенной ниши: иссекать ее при этом или оставлять?

По мнению А. А. Горбашко и О. Х. Батчаева (1982), во время операции необходимо иссекать незажившую язву с одновременным удалением одной трети привратника. Попен, Далин (1981) подчеркивают, что такая тактика особенно важна при пилорических язвах, так как их рубцевание в последующем может привести к пилоростенозу. С. Е. Кулешов (1982) предлагает при всех неосложненных язвах выполнять селективную проксимальную ваготомию без иссечения язвы. Геденштадт (1975) считает, что даже при выраженной деформации двенадцатиперстной кишки и больших каллезных язвах с относительным стенозом пилорического отдела допустимо проведение этого нового оперативного метода без пилоропластики.

На наш взгляд, наиболее правильным нужно признать предложение М. И. Кузина и соавт. (1982): с целью определения окончательной тактики хирурга в отношении язвы следует добиваться ее заживления в предоперационном периоде с помощью интенсивной противоязвенной терапии, а именно гипербарической оксигенации. За счет нормализации окислительно-восстановительных процессов в ишемизированных тканях, улучшения микроциркуляции, уменьшения отека, ускорения ре-

генерации после гипербарической оксигенации у большинства больных в сравнительно короткие сроки удается достичь эпителизации язвы [2].

Применяя гипербарическую оксигенацию в предоперационном периоде у больных с пилородуоденальными язвами мы поставили следующие цели: добиться полного заживления язвы либо значительного уменьшения ее в размерах; купировать воспалительный перифокальный процесс в зоне язвы; за счет заживления язвы и уменьшения перифокальных инфильтративных изменений перевести все пилородуоденальные стенозы в «истинные» рубцово-язвенные или же убедиться, что рубцевание язвы не ведет к формированию стеноза. Эти цели в конечном итоге служили критерием определения объема операции при пилородуоденальных язвах.

Гипербарическую оксигенацию в количестве 6—12 сеансов проводили в барокамере типа «Ока-МТ» под давлением 1,75—2 атм. Время компрессии и декомпрессии составляло 10 мин, основного режима — 40—50 мин.

Абсолютными противопоказаниями для выполнения сеансов являлись кровоточащая язва, эпилепсия, наличие кист и полостей в легких, а также бронхоплевральные свищи, острая пневмония, клаустрофобия, высокая стабильная артериальная гипертензия.

Гипербарическая оксигенация применена нами у 74 больных, которым впоследствии была выполнена селективная проксимальная ваготомия. Из них у 71 (95,9%) больного удалось добиться положительной динамики в заживлении язвы: у них исчезли боли, язва при контрольном осмотре уменьшилась в размерах или же зарубцевалась. При поступлении у 56 больных отсутствовало в диагнозе осложнение язвенной болезни стенозированием, у 18 человек был диагностирован язвенный стеноз. После проведения лечебного курса диагноз стеноза был снят у 4 больных и им была выполнена изолированная селективная проксимальная ваготомия. По нашему мнению, ошибочный диагноз стеноза был поставлен этим больным в связи с выраженными нарушениями моторной функции, и в частности замедлением эвакуации пищи [7], которое наблюдается обычно в острой фазе язвенной болезни. После заживления язвы увеличивается антральная моторика и замедленное опорожнение желудка претерпевает обратное развитие.

Изолированная селективная проксимальная ваготомия была выполнена у 60 (81,1%) больных. Для сравнения отметим, что до внедрения гипербарической оксигенации в предоперационную подготовку данная операция была произведена по поводу пилородуоденальных язв у 28 больных, из них лишь у 8 (28,5%) без дренирования желудка.

По нашим данным, после изолированной селективной проксимальной ваготомии значительно реже встречаются такие осложнения отдаленного послеоперационного периода, как демпинг-синдром (у 1,5% больных, в сочетании с дренирующими желудок операциями — у 20,5%), желчный антрум-гастрит (при первом варианте операции нами не зафиксирован, при втором — у 3 больных) и диарея. Эти результаты показывают положительный эффект применения гипербарической оксигенации перед операцией у больных с пилородуоденальными язвами.

У 3 больных после гипербарической оксигенации положительной динамики в заживлении язвы не отмечено. У 2 из них были пилорические язвы, им обоим была произведена изолированная селективная проксимальная ваготомия. В последующем у одного больного развился рецидив язвы.

В настоящее время мы считаем, что язвы, не поддающиеся рубцеванию, после применения гипербарической оксигенации следует иссекать в ходе указанной операции. Если такой возможности нет, необходимо резецировать $\frac{2}{3}$ желудка.

У 15 больных было исследовано влияние гипербарической оксигенации на содержание α -, β - и γ -глобулинов сыворотки крови, лизоцима и комплемента в крови. По нашим данным, гипербарическая оксигенация обладает стимулирующим воздействием на факторы неспецифического иммунитета, если проводить не более 2—4 сеансов, поскольку большее количество сеансов подавляет их выработку. У больных, не получавших лечебные сеансы до операции, исходный уровень белков и ферментов в крови восстанавливается лишь на 8—10-й день после операции, тогда как с применением гипербарической оксигенации — уже на 3—5-й день, что в свою очередь благоприятно сказывается на течении послеоперационного периода.

ВЫВОД

Таким образом, применение гипербарической оксигенации в предоперационном периоде у больных с пилородуоденальными язвами в 95,9% случаев позволяет добиться заживления язвы и вследствие этого дает возможность увеличить число про-

изводимых селективных проксимальных ваготомий без дренирования желудка, что ведет к лучшим функциональным результатам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А. И., Батчаев О. Х. Вестн. хир., 1982, 8.—2. Комаров Ф. И., Ефуни С. Н., Горбатенко В. П. и др. В кн.: Материалы II Всесоюзного съезда гастроэнтерологов. М.—Л., 1978, т. 2.—3. Кузин М. И., Постолов П. М. Хирургия, 1981, 8.—4. Кузин М. И., Постолов П. М., Кузин Н. М. Там же, 1982, 12.—5. Кулешов С. Е. Селективная проксимальная ваготомия без дренирующих желудок операций в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Автореф. канд. дисс., М., 1982.—6. Hedenstedt S. Chir. Gastroenterol., 1975, 9, 2.—7. Mebes M., Beger H. G. Z. Gastroenter., 1979, 17, 4.—8. Poppen B., Delin A. Amer. J. Surg., 1981, 141, 3.

Поступила 04.12.84.

УДК 616.33—089.87—073.75:616.33—009.1

МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Р. Ф. Акберов, В. Ф. Наумов

Кафедра рентгенологии (зав.—проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, городская больница № 11 (главрач — Н. Х. Каримуллина) г. Казани

Литературные данные свидетельствуют, что в большинстве случаев резекция желудка влечет за собой ускоренное его опорожнение. Время опорожнения желудка после резекции по методу Бильрот II в течение 15—20 мин установлено у большинства больных [3, 5]. Сохранение функции привратника при хирургическом лечении язвенной болезни позволяет предотвратить демпинг-синдром, диарею, рефлюкс-гастрит, рецидив язвенного процесса [1, 4, 9].

В клинике применяются несколько способов пилоросохраняющих операций, каждый из которых сопровождается характерными нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудка. Это связано с тем, что главной особенностью пилорического сфинктера является способность его нервного аппарата суммировать возбуждения, поступающие из других отделов пищеварительного тракта, и координировать свою сократительную деятельность с мышечными комплексами желудка и двенадцатиперстной кишки [7]. Вследствие удаления с язвой части двенадцатиперстной кишки или желудка нарушаются физиологические нервные связи пилорического сфинктера.

Нами проведено сравнительное исследование моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника у 211 больных после операций, произведенных обычными способами (по Бильрот I и II), и при пилоросохраняющих резекциях желудка. Последние были выполнены тремя различными методами: по А. Е. Захарову [6], по Маки—Шалимову [10, 12] и по В. Ф. Наумову [8]. Каждый из названных способов пилоросохраняющих операций имеет свои особенности денервации пилорического сфинктера и сопровождается характерными отклонениями моторно-эвакуаторной функции от нормы.

Операция по А. Е. Захарову была проведена у 31 больного по поводу язвенной болезни желудка. У 3 лиц язва была расположена в субкардиальном отделе, у 20 — в области угла малой кривизны и у 8 — в антральном отделе желудка. Разрез производили по проксимальному краю пилорического жома и в процессе подготовки площадки для формирования анастомоза рассекали нейрососудистые связи, идущие к привратниковому сфинктеру. У 20 больных разрез проходил через середину привратниковой мышцы. В таких случаях сохранялась половина пилорического жома. А. Е. Захаров [6] полагал, что в противном случае желудочная культи не сумеет преодолеть сопротивление сокращенного жома. Нервные связи пилорического жома осуществлялись лишь по интрамуральному нервному сплетению со стороны двенадцатиперстной кишки. Другие же источники импульсации, такие как экстраорганные нервные связи и межмышечное нервное сплетение со стороны желудка, прерывались.

Надпривратниковая резекция желудка по Маки—Шалимову [11, 12] бы-