

Случай асцита, оперированный по новому способу*).

С. А. Флерова.

Демонстрируемая больная—17-летняя девица, у которой была 3-летней продолжительности брюшная водянка на почве сифилитического цирроза печени. Жидкость наполняла весь живот, после многократной пункции накапливалась вновь уже на другой день, и, прибывая,—судя по весу тела,—приблизительно по 2 фунта в день, доходила в 1½—2 недели до прежних размеров. Количество выпускаемой каждый раз жидкости равнялось 10—13 литрам. Окружность живота после пункции с 106 сант. уменьшалась до 82 сант. и, обратно, при накоплении жидкости увеличивалась в неделю на 12 сант. т. е. на 1½ сант. в день. Жидкость с уд. в. 1016, белка содержит 3,5%. В осадке лимфоциты и, в единичном количестве, лейкоциты. Реакция крови по Wassermann'у и Sachs-Georgi отрицательна. При ощупывании печень выступает из-под реберной дуги на 3 пальца, край ее—тупой и снабжен, справа от средней линии, глубокой вырезкой. Селезенка не прощупывается. В легких разлитые влажные хрипы. Туберкулезных палочек в мокроте не найдено. Резкая синева губ. На голенях легкий отек. Пульс 88, слабаватого наполнения. Белка в моче не обнаружено. На животе, вдоль правой реберной дуги, угловой формы рубец,—след от произведенной в прошлом году, в одной из уездных больниц, пробной лапаротомии, после которой водянка в неделю достигла прежних размеров. В таком состоянии больная была переведена из Терапевтической Клиники проф. П. Н. Николаева в нашу Клинику.

Пред нами, следовательно, встала задача подвергнуть больную операции по тому или иному из старых или новых методов, но без особой надежды на успех. Мы имели здесь асцит с быстрым накоплением жидкости, а такие асциты обычно хороших оперативных результатов не дают. Операция по принципу Talm'a дает смертность до 32% в то время, как излечение после нее наблюдается лишь процентах в 10 (Gibbon and Flick). Наконец, сифилитические циррозы, по заявлению Morrison'a операции по

*) Случай сообщен, с демонстрацией больной, на I Поволжском Съезде Врачей.

Talma не поддаются совсем. Другие же методы при асците тоже представляют утешительного немного.

Естественно возник вопрос, нельзя-ли помочь больной другим образом. В довоенное время мне, при экспериментах на собаках, приходилось перевязывать большую часть сосудов желудка без каких-либо последующих изменений; из литературы мне было, затем, известно об опытах Сапезко, Lithauer'a и Braun'a, когда безнаказанно перевязывалась $\frac{1}{3}$ и даже $\frac{4}{5}$ всех сосудов желудка, а потому у меня возникло соображение следующего рода: цирротическая печень, хотя пропускает кровь и недостаточно хорошо, но все-таки пропускает и представляет из себя ничто иное, как суженный отводящий кран бассейна воротной вены; следовательно, раз этот отводящий кран сужен, то для упорядочения движения крови необходимо сузить и кран приводящий. А таковым являются висцеральные ветви брюшной аорты, из которых более безнаказанно можно перевязать часть артерий желудка и большого сальника. Поэтому план операции, с любезного разрешения проф. Вишневского sin., состоял в том, чтобы перевязать а. gastricam а. gastroepiploicam dextram и несколько артерий большого сальника, а последний, на всякий случай, вшить в брюшинный карман.

За день до операции у больной выпустили 9 литров жидкости, а 9/VI. т. е. 18 дней тому назад, мною произведена под морфийно-эфирно-хлороформными наркозом верхняя лапаротомия с разрезом посредине, причем попутно была удалена пупочная грыжа с пустым грыжевым мешком. Несмотря на то, что за день до операции жидкость тщательно выпустили, живот оказался снова почти полным. Печень оказалась слегка напряженной, увеличенной, с тупым краем, на котором, соответственно lig. teres, была глубокая вырезка. На нижней поверхности органа было несколько больших, слегка втянутых, рубцов перламутро-белого цвета, полосчато-лучистого характера. Желчный пузырь и его окружность изменений не представляли. Вены брюшной полости представлялись значительно налитыми, артерии же производили впечатление скорее суженных.

Шелковыми лигатурами были перевязаны, без перерезки, а. gastrica sin. и а. gastroepiploica dextra. Что же касается большого сальника, то перевязка артерий его оказалась в данном случае беспредельной, так как сальник представлялся резко уменьшенным, в виде коротких обрывков, часть коих приросла к брюшной стенке, справа от раны. Поэтому я ограничился только швиванием свободной части сальника в предбрюшинный карман слева от разреза.

Но перевязка двух желудочных артерий мне казалась недостаточной для того, чтобы обезгрузить надежно печень, оментофиксация же по Talma, в лучшем случае, заставила-бы ждать анастомозов несколько месяцев, а потому, мне пришлось использовать данные статьи англичан Gibbon'a and Flick'a относительно современ-

ного состояния хирургии асцита, помещенную в *Annales of Surgery* за прошлый год. Там можно найти дословно следующее: „*Mauro* (в 1918 г.) говорит о перевязке *v. mesentericae inferioris*, или *v. haemorrhoidalis super.*, как добавлении к эпиплексии, а *Moynihan* (в 1921 г.) упоминает о перевязке *v. mesentericae inferioris*“. Немного ниже авторы приведенной мною статьи добавляют: „Нужно помнить, что в большинстве излеченных случаев выпускание жидкости после операции являлось необходимым. Но, если накопление жидкости не является упорно продолжающимся явлением, то это еще не говорит о том, что операция потерпела неудачу“.

Основываясь на приведенных данных и зная из других источников, что неопасной является даже произведенная в надлежащем месте перевязка *a. mesentericae inferioris*, мы решили перевязать *v. mesenterica inferiorem* с целью направить венозную кровь чрез *plexus haemorrhoidalis* в *v. hypogastrica* и, далее, в *v. cava inferior*.— т. е. в обход печени. Перевязка вены произведена в самой верхней доступной части. Брюшной разрез, во избежание просачивания жидкости, был зашит частым двухэтажным узловатым швом.

Послеоперационное течение гладкое, при хорошем самочувствии. Начиная с 3-го дня, ежедневно самостоятельный нормальный стул. Внешний вид больной улучшился. Чрез 11 дней сняты швы. *Prima intentio*. Жидкость в полости живота перкуссией не обнаруживалась. На 16-ый день после операции (24/VI) терапевт (проф. П. Н. Николаев) присутствия жидкости в животе определить не мог; окружность живота—81½ сент., т. е. не больше окружности до операции вслед за выпускаиением жидкости. 25/VI рентгенизацией констатировать жидкость не удалось. 26/VI вес больной 2 п. 23½ ф., т. е. сравнительно с весом после выпускания у ней жидкости не прибавился. Окружность живота—84 сент., т. е. на 22 сент. меньше, чем при наполненном жидкостью животе; на 4 пальца ниже *spina ilei anter. super.* отмечено притупление, допускающее возможность наличия незначительного количества асцитической жидкости.

Таким образом у данной больной было произведено нами сужение приводящего крана в виде перевязок двух артерий желудка по оригинальному нашему принципу, кроме того подшит сальник по принципу *Talma* (метод *Schiassi*), и, наконец, перевязана *v. mesenterica infer.* по способу *Mauro*. В общем нами было проведено при операции 2 принципа: принцип сужения артериального и отведения венозного русла крови.

Мы полагаем, что, обезгрузивши таким образом печень от избытка крови, мы тем самым не только не расстроили, но, наоборот, лишь упорядочили все кровяное движение в системе воротной вены. Устраняя же в печени застой, который обычно ведет к циррозу, мы тем самым боремся с дальнейшим развитием цирроза, который в свою очередь повел-бы к застою, а, следовательно, и к асциту.

Ко всему сказанному мы должны прибавить, что никакого специфического лечения у больной, пока, не применялось.

Так как принципиальные рассуждения могут быть качественно верны, а при применении их на деле количественно недостаточны, то невозможно иначе, как опытным путем, определить, сколько сосудов необходимо в подобных случаях перевязывать. Впрочем, разница в соотношении между притоком и оттоком крови при асците не должна быть большой, и потому требуется, надо полагать, очень немного для того, чтобы восстановить нарушенное равновесие.

Хотя наша, простая сама по себе, операция и принесла хорошие непосредственные результаты, тем не менее только дальнейшие наблюдения за этой и другими больными, а также эксперименты на животных, должны вырешить окончательно вопрос, насколько жизненна та идея, на которой базировалась наша операция, и какой из подходов к осуществлению этой идеи является наиболее целесообразным.
