

(Ч. Мейо, А. А. Немилов и Н. И. Филимонов, А. М. Кан-Коган), лигатурный метод обработки культи червеобразного отростка полностью исключает подобное осложнение.

VI. Б-ной М., 22 лет, поступил 7/II-51 г. с жалобами на боли в правой половине живота. В сентябре 50 г. перенес аппендэктомию по поводу острого аппендицита. Последние 3 месяца отмечает постоянные боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при физической нагрузке.

В правой подвздошной области обнаружен рубец после аппендэктомии, мягкий, безболезненный. 14/II-51 г. больной начал жаловаться на усиливающиеся боли в правой подвздошной области. Появилась тошнота. Лейкоцитоз — 11 000. В правой подвздошной области определяется напряжение мышц. Глубокая пальпация здесь резко болезненна. Температура — 37,3°.

Больной оперирован 15/II-51 г. с предположительным диагнозом: воспаление культи червеобразного отростка. В области илеоцекального угла обнаружена резкая гиперемия серозного покрова слепой кишки, усиливающаяся у короткой культи червеобразного отростка, которая выступает в брюшную полость. Произведена повторная аппендэктомиа. Выздоровление. Осмотрен через год — здоров. При первой операции аппендэктомиа произведена лигатурным способом без погружения культи червеобразного отростка.

Гистологическое исследование участка, удаленного при повторной операции, показало, что фиброзная капсула, находящаяся в состоянии продуктивного воспаления, окружает шелковые нити (доктор С. Меклер).

В приведенном случае причиной повторного воспаления явилось оставление слишком длинной культи во время первой операции.

Таким образом, мы полагаем, что причиной рецидива болей в правой подвздошной области после аппендэктомии может служить острое или хроническое воспаление культи червеобразного отростка. Такие больные должны подвергаться повторной операции. Для исключения возможности воспаления культи червеобразного отростка после аппендэктомии следует тщательно соблюдать „мелочи“ оперативной техники при обработке культи, а также избегать перевязки культи червеобразного отростка нерассасывающимся шовным материалом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бегун Я. И. Нов. хир. арх. 1938, 2. — 2. Брайцев В. Р. Хирургия, 1913, 201. — 3. Вишневский А. А. Хирургия, 1950, 10. — 4. Даурова Т. Т. Хирургия, 1950, 9. — 5. Дьяконов П. И. Хирургия, 1902, 66, отд. отд. — 6. Ефет И. И. Тр. III Всеукраинского съезда хирургов, Днепропетровск, 1929. — 7. Лиснянский В. И. Хирургия, 1911, т. 29. — 8. Немилов А. А. и Филимонов Н. И. Вести. хир. им. Грекова, т. 34, кн. 100. — 9. Нисневич Л. М., Ровнов А. С. Сов. хир., 1933, т. 4, кн. 34. — 10. Тихонович А. В. Русск. клин., 1925, т. 4, 14. — 11. Cleland G. The British of Surgery, 1953. — 12. Wilson F. W., Dockerty M. B., Wangh J. M., Barger A. Archiv of Surgery, 1949, 4.

Поступила 25 сентября 1958 г.

СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Канд. мед. наук Н. С. Епифанов

Из хирургического отделения (зав. — Н. С. Епифанов)
Кировской областной больницы (главрач — О. А. Яблоков)

Вопрос о спайках в брюшной полости у перенесших в прошлом ушивание прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки имеет несомненное практическое значение.

Известно, например, что при обсуждении проблемы оперативной тактики при прободных язвах нередко в качестве одного из

доводов в пользу первичной резекции желудка приводят соображения о том, что в случае, если после ушивания язвы понадобится повторная операция — резекция желудка, то она очень сложна из-за обилия спаек.

Между тем, вопрос о перитонеальных сращениях, развившихся после прободения язвы, никем на достаточно большом собственном материале не изучался.

А. В. Мельников различает три основных формы внутрибрюшинных спаек: плоскостные, шнуровидные и пленчатые. Он полагает, что спайки в подавляющем большинстве случаев являются непостоянными образованиями, что они недостаточно стойки. Под влиянием кишечной перистальтики спайки изменяют свою форму и могут стать из плоских шнуровидными. Внутрибрюшинные спайки при отсутствии хронических очагов инфекции, по мнению А. В. Мельникова, могут постепенно рассасываться.

Убедительные данные о рассасывании послеоперационных спаек в брюшной полости под влиянием грязелечения представил Е. Л. Березов.

Д. Н. Балащенко изучил на основании 10 наблюдений образование спаек у больных, перенесших ушивание язвы. Он отмечает, что пластическая реакция брюшины на раздражители, связанные с операцией, проявляется весьма разнообразно: в ранние сроки образуются фибриновые наслоения, а в более поздние — спайки в различной стадии их формирования и трансформации. По его материалам, спайки после перфорации и ушивания язвы являются у большинства больных образованиями стойкими, не рассасывающимися на протяжении многих лет. Стойкость спаек после прободения язв он объясняет присутствием в их толще гранулем с пищевыми частицами или микроабсцессов.

Многие авторы, например, И. И. Неймарк, Ниссен (R. Nissen), Нисс (B. Niess), указывают на трудность повторных резекций желудка из-за обилия спаек у перенесших ушивание прободной язвы.

Оливье (Olivier) отмечает, что со спайками в брюшной полости приходится считаться и у подвергшихся неоперативному лечению прободных язв с помощью постоянного откачивания желудочного содержимого по методу Тейлора (Taylor).

Заинтересовавшись особенностями спаечного процесса в брюшной полости у перенесших прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, мы систематически обращали на это внимание при производстве 250 резекций желудка у больных, которым в прошлом было сделано ушивание язвы. При этом выяснилось следующее:

- 1) спаяк в общей брюшной полости не обнаружено у 26 больных — 10,4%;
- 2) спаечный процесс выражен незначительно — у 39 больных — 15,6%;
- 3) спаечный процесс выражен умеренно — у 96 больных — 38,4%;
- 4) спаечный процесс выражен значительно — у 68 больных — 27,2%;
- 5) спаечный процесс выражен резко — у 21 — 8,4%.

Таким образом, у 65 больных (26%), входящих в первые 2 группы, спаяк либо вовсе не было, либо они были выражены так незначительно, что в техническом отношении резекция желудка у них не имела отличий, по сравнению с такой же операцией у больных без прободения язвы в анамнезе.

У 96 больных (38,4%) спайки и сращения были выражены умеренно и также не создавали технических трудностей при резекции желудка.

Некоторые технические трудности, вызывавшие удлинение операции на 15—20 мин (при пользовании местной анестезией), возникли в четвертой группе больных, охватывающей 68 человек (27,2%), где спаечный процесс был выражен значительно.

Наконец, в последней группе больных, правда немногочисленной, состоящей из 21 человека (8,4%), спаечный процесс был выражен резко, что заметно затрудняло производство резекции желудка.

У всех больных, за исключением первой группы, не имевшей спаек, отмечено наличие сращений большого сальника с париетальной брюшиной в области старого послеоперационного рубца. Сраще-

ния эти обычно бывают более выражены в верхней половине рубца. В нижней же, ближе к пупку, спаек бывает меньше, они носят характер отдельных тяжей, а не плоскостных сращений. Поэтому мы рекомендуем вскрытие брюшины производить сперва на ограниченном участке в нижнем углу разреза, чтобы, попав здесь в свободную брюшную полость, продолжать отсюда рассечение брюшины кверху, одновременно отделяя припаявшийся к париетальной брюшине сальник, иногда и кишечные петли, или переднюю поверхность желудка и край печени.

В тех случаях, когда, помимо основного разреза по средней линии над пупком, при первой операции были сделаны еще дополнительные разрезы, например, в правой подвздошной области, или срединный разрез продолжен ниже пупка, то отделение сальника от рубцов на месте этих разрезов при повторных операциях, производимых, как правило, через верхний срединный разрез, представляет некоторые затруднения.

Помимо спаечного процесса в общей брюшной полости, мы обращали всегда внимание на степень развития сращений в области ушитой язвы, а также на задний перигастрит, то есть спайки в сумке малого сальника позади желудка.

На месте ушитой язвы мы обычно находим пластинчатые или плоскостные спайки. При дуоденальных язвах к рубцу нередко бывает подтянут желчный пузырь или край печени, при язвах малой кривизны желудка — нижняя поверхность левой доли печени. В обоих случаях очень часто находим припаянный к язвенному рубцу сальник, так как пластика сальником на ножке является обычным дополнением к ушиванию прободной язвы. У 6 больных мы нашли весь сальник заброшенным кверху и припаянным к желудку.

В ряде случаев, наоборот, несмотря на то, что при ушивании язвы к ней был подшит сальник, в момент повторной операции сальник оказывался полностью отошедшим от желудка или двенадцатиперстной кишки.

При повторных операциях спайки и сращения не всегда имеют отрицательное значение. В одном отношении они играют и положительную роль. Мы постоянно используем спаечные образования для укрытия культи двенадцатиперстной кишки. Выделяя луковицу и верхний горизонтальный отдел кишки из-под пленчатых сращений, мы стремимся не нарушить целостности последних. Отделенная пластинка спаек, иногда довольно массивная за счет включения в нее элементов сальника, является прекрасным пластическим материалом для перитонизации дуоденальной культи. Помимо этого, спайки и сращения при повторных лапаротомиях имеют то положительное значение, что в случае возникновения перитонита он легче может ограничиться благодаря имеющимся спаечным образованиям.

Что касается заднего перигастрита, то, по нашим наблюдениям (250 резекций желудка у перенесших ушивание прободной язвы и свыше 1200 резекций при язвенной болезни без предшествующего прободения), у перенесших прободение язвы он выражен не сильнее, чем у других язвенных больных, не имевших прободения в анамнезе. Это дает нам основание полагать, что при воспалительном процессе, разыгрывающемся в общей брюшной полости вслед за прободением гастродуоденальной язвы, полость малого сальника чаще остается интактной.

Рассмотрим степень выраженности спаечного процесса в зависимости от таких факторов, как 1) локализация прободной язвы, 2) число часов, прошедших с момента прободения язвы до операции ушивания, 3) число месяцев или лет, отделяющих повторную операцию от прободения, 4) повторность прободения.

Зависимость интенсивности спаечного процесса в брюшной полости от локализации прободной язвы можно ожидать по тем соображениям, что при язвах малой кривизны желудка, в отличие от двенадцатиперстной кишки, прободное отверстие бывает больших размеров, что ведет к более обильному излиянию желудочного содержимого в брюшную полость. Кроме того, при язвах малой кривизны кислотность желудочного сока относительно ниже, чем при дуоденальных язвах, а потому бактериальная флора обильнее и степень выраженности воспалительных явлений в брюшной полости больше.

Действительно, если мы разделим все наши наблюдения на две части, включив в первую из них те, где спаечный процесс был более резко выражен (4-я и 5-я группы по нашей классификации), а во вторую — те, где спаечный процесс был выражен умеренно, незначительно или совсем отсутствовал (3-я, 2-я и 1-я группы), и посмотрим, как часто те и другие встречаются при желудочных и дуоденальных язвах, то мы сможем подметить совершенно очевидную зависимость интенсивности спаечного процесса от локализации прободения.

Среди 49 больных с желудочными язвами число имеющих мало спаек относилось к числу имеющих много спаек, как 19:30, а среди 201 больного с дуоденальными язвами — как 142:59. При желудочных язвах во время повторной операции мы более чем у 3 из 5 больных находим много спаек, в то время как при дуоденальных язвах это наблюдается менее чем у 30% больных.

Влияние времени, прошедшего с момента перфорации язвы до операции ушивания, на степень развития спаечного процесса, естественно, можно было ожидать, так как при прочих равных условиях перитонит выражен тем сильнее, чем позже производится операция. Количество же спаек и сращений обычно зависит от выраженности перенесенного перитонита.

Время между прободением и операцией ушивания мы смогли достаточно точно установить у 212 больных из 250 подвергшихся повторной операции.

Среди 138 больных, которым ушивание язвы было сделано до 12 часов после прободения, 108 (78,3%) имели мало спаек, а у 30 больных (21,7%) спаечный процесс был выражен значительно или резко.

Среди 58 больных, где ушивание было сделано между 12 и 24 часами, отношение числа имеющих мало и много спаек было 28:30, а среди 16 больных, оперированных в первый раз позже 24 часов, оно было 2:14.

Приведенные данные наглядно показывают влияние длительности интервала между прободением язвы и операцией ушивания на интенсивность развивающегося впоследствии спаечного процесса в брюшной полости.

Зависимость степени спаечного процесса от сроков, в которые была произведена операция ушивания при прободной язве, имеет несомненное практическое значение. Во-первых, она дает возможность, в известной степени, предусмотреть при повторной операции, с какими техническими трудностями, зависящими от спаек, встретится хирург. Это, в свою очередь, может быть учтено при решении таких вопросов, как выбор метода обезболивания, поручение операции более квалифицированному хирургу и т. д.

Во-вторых, мы устанавливаем здесь факт, что значительный спаечный процесс, могущий представить в дальнейшем какое-то затруднение при повторном оперативном вмешательстве, развивается обычно после операций ушивания на поздних сроках после про-

бодения, как последствие выраженного перитонита. Этот вывод имеет то значение, что он фактически сводит на нет один из обычных аргументов принципиальных сторонников систематической первичной резекции желудка при прободных язвах. Утверждение, что ушивание потому не следует применять, что вторичная резекция, которая после него может понадобиться, будет трудна и опасна из-за обилия спаек, — не может быть принято, так как обширные спайки образуются после операций на поздних сроках, когда первичная резекция все равно невозможна, то есть тогда, когда у хирурга нет выбора, и он может произвести только ушивание прободного отверстия. Выбор метода операции при прободении возможен только в ранние сроки, по общему мнению в первые 12 часов, но у оперированных в эти сроки, как мы видели, обширные спайки образуются редко — только у одного больного из пяти.

При рассмотрении вопроса о зависимости количества спаек от времени, прошедшего после прободения до повторной операции, оказалось, что с годами не наступает самостоятельного рассасывания перитонеальных спаек. Среди 68 больных, которым повторная операция была сделана на протяжении первого года после прободения, число имеющих мало спаек относилось к числу имеющих много спаек, как 48:20. Среди 134 больных, повторно оперированных в сроки от года до 5 лет, это отношение было 82:52, и среди 48 повторно оперированных в сроки позже 5 лет — 31:17.

Влияние повторности прободения на развитие перитонеальных спаек мы могли проследить при 14 резекциях желудка.

У больных, которые до резекции желудка дважды перенесли перфорацию язвы, как и следовало ожидать, чаще встречается значительно выраженный спаечный процесс. При 14 резекциях желудка у таких больных мы нашли отсутствие спаек у 3 больных, незначительное их количество у одного, умеренное — у 3, значительное — у 6 и очень резко выраженный спаечный процесс — у одного больного. Если разделить этих больных на две части, подобно тому, как это мы делали раньше, то есть объединить отсутствие спаек, незначительное и умеренное их количество в первую группу, а значительное и резко выраженное развитие спаечного процесса — во вторую, то окажется, что в обеих группах будет одинаковое число больных — по 7 человек. В то же время на материале всех повторных операций первая группа больных заметно преобладает и составляет 64,4%, а вторая — только 35,6%. Однако, на общем фоне более выраженного спаечного процесса у больных, перенесших двукратную перфорацию, и среди них встречаются такие, у которых в общей брюшной полости при повторной операции мы совсем не находили спаек.

На исходы повторных оперативных вмешательств присутствие спаек существенного влияния не оказывает. Из 250 вторичных резекций у перенесших в прошлом ушивание язвы только одна окончилась летальным исходом. Но и в этом единственном случае летальный исход не стоял в связи с операцией.

ВЫВОДЫ:

1. Опыт 250 резекций желудка, произведенных больным, перенесшим в прошлом ушивание прободной язвы, показал, что более или менее значительное количество спаек в брюшной полости имеется у 89 (35,6%) из них.
2. Прободение желудочных язв ведет к более выраженному спаечному процессу, чем прободение язв двенадцатиперстной кишки.
3. Количество спаек в брюшной полости находится в прямой за-

висимости от числа часов, прошедших после прободения до операции ушивания язвы.

4. При современных методах обезболивания и борьбы с инфекцией присутствие спаек не ухудшает исходов повторных операций на желудке у перенесших в прошлом ушивание прободной язвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балащенко Д. Н. Вест. хир. им. Грекова, 1956, 5. — 2. Березов Е. Л. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки, Горький, 1950. — 3. Мельников А. В. Тр. XXV Всесоюзного съезда хирургов, Медгиз, 1948. — 4. Неймарк И. И. Непосредственные и поздние осложнения после зашивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. докт. дисс., Л., 1955. — 5. T. Nissen R. Deutsche Mediz. Wochenschrift, 1952, 42. — 6. Olivier. De l'aspiration gastrique continue. Methode de traitement des ulcères perforés. Paris, 1950.

Поступила 12 марта 1959 г.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

И. Х. Гарифуллин

Из 3 городской больницы Казани (научный руководитель — проф. И. В. Домрачев, главврач — А. Б. Дунаев)

О функциональном состоянии печени при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки имеется ряд работ. Так А. Б. Райз (1951) определял свертываемость крови и содержание билирубина в крови до и после резекции желудка и не выявил отклонений от нормы.

С. Н. Савченко (1955) изучал выделение гиппуровой кислоты и содержание билирубина и сахара в крови и обнаружил отклонения от нормы как при обострениях, так и при затухании процесса. Через 4—5 недель после резекции желудка содержание билирубина и выделение гиппуровой кислоты приблизились к нормальному уровню. Содержание сахара оказалось сниженным и через 6—18 месяцев после резекции.

Мы исследовали одновременно антитоксическую, пигментную и гликогенную функции печени и свертываемость крови до и после резекции желудка при язвенной болезни.

Свертываемость крови определялась по видоизмененной методике Фолио. Параллельно велись два исследования, в одном определялось начало свертываемости крови, в другом — конец. После исследования контрольной группы (17 человек) практически здоровых лиц, мы приняли за норму конец свертываемости крови от 12 до 18 мин.

Содержание сахара в крови определялось натошак по методу Хагедорна — Иенсена. Проводилась также проба Квика-Пытеля с нагрузкой 4,0 бензойнокислого натрия.

Билирубин крови определялся по Гюйманс ван-дер-Бергу.

До оперативного вмешательства исследовано 9 больных с язвой желудка и 45 — с язвой двенадцатиперстной кишки.

От 20 до 30 лет было 17, от 30 до 40 — 17, от 40 до 50 — 10, от 50 до 60 — 9 и старше — 1 больной.

Болено до 1 года — 7, от 1 до 5 лет — 13, от 5 до 10 — 16, от 10 до 15 — 16 и свыше 15 лет — два человека.

Замедление конца *свертываемости крови* наблюдалось у 33 больных, причем иногда оно доходило до 26 минут; ускорение конца