

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ХИЛОПЕРИТОНЕУМ

*В. Н. Войцехович, С. В. Доброквашин, А. А. Мустафин, Н. А. Герасимов,
Ю. В. Бондарев, Н. Н. Лустина*

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.— доц. Р. А. Зулкарнеев), кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Р. Рокшцкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, городская клиническая больница № 15 (главврач — Р. И. Тушиев) г. Казани

Хилоперитонеум — малоизученный и редкий вид патологии [7]. Лимфоистечение в брюшную полость может быть следствием травматического повреждения магистральных лимфатических сосудов брыжейки, а может и не иметь непосредственной связи с травмой. Клиническая картина хилоперитонеума многообразна и зависит от этиологического фактора и темпа лимфоистечения [2, 5].

Нетравматический хилоперитонеум возникает на фоне других заболеваний или пороков развития грудного протока и отличается подострым или хроническим течением. Ведущими симптомами являются увеличение живота, сопровождающееся недомоганием, слабостью, похуданием [3]. При травматическом хилоперитонеуме выражены болевой синдром и симптомокомплекс, сходный с клиникой «острого живота», но в то же время характерно отсутствие либо незначительная выраженность напряжения мышц передней брюшной стенки, обезвоженности и интоксикации при положительном симптоме Щеткина — Блюмберга. Наличие свободной жидкости в брюшной полости при физикальном обследовании можно определить только при скоплении значительного количества лимфы. В настоящее время на основании этиологии и патогенеза лимфоистечения [2, 5] выявлены клинические симптомы лимфоистечения, устанавливаемые при анализе крови, — лимфопения, гипопроотеинемия, сгущение крови.

В диагностике хилоперитонеума большое значение имеет пункция брюшной полости, или лапароцентез, с исследованием полученной жидкости. В большинстве случаев жидкость (отн. пл.— 1,012—1,028) бывает цвета молока с желтоватым или красноватым оттенком и содержит большое количество белка (до 40 г/л), нейтральные жиры или кристаллы холестерина, эритроциты, лимфоциты. Рекомендации по тактике лечения больных при этой патологии существуют самые различные — от сугубо консервативных методов до экстренного хирургического вмешательства [1, 3, 6, 8]. Выбор того или иного способа лечения зависит от причины и темпа хилорее с учетом общего состояния больных.

В городской клинической больнице № 15 г. Казани за последние 20 лет были прооперированы 458 взрослых с закрытой травмой живота и за 10 лет — 139 детей с открытыми и закрытыми повреждениями органов брюшной полости. У 2 больных из 597 был выявлен хилоперитонеум. Приводим наблюдения.

Г., 23 лет, поступил в хирургическое отделение 13.03.86 г. через 1,5 часа после травмы. На работе был придавлен к стене бетонной плитой с эпицентром воздействия на мезогастральную область.

При поступлении жалобы на боли в левой половине живота, слабость. Сознание ясное, общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. АД — 14,6/10,6 кПа, частота пульса — 68 уд. в 1 мин, температура тела — 36,6°. Живот участвует в дыхании, мягкий и болезненный в левой половине, где определяется слабо положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Перкуторно притупление в отлогих местах отсутствует.

Анализ крови: эр.— $4,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb — 2,48 ммоль/л, л.— $6,5 \cdot 10^9$ в 1 л, п.— 6%, с.— 66%, лимф.— 20%, мон.— 8%, гематокрит — 48%. Анализ мочи отклонений не выявил. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости патологических изменений не найдено.

С диагностической целью под местной анестезией произведены лапароцентез и исследование брюшной полости «шарящим» катетером. Добыта мутная жидкость, содержащая 21 г/л белка; в осадке — кровянистый сгусток; эритроциты покрывают поле зрения, единичные лейкоциты, кристаллы холестерина.

Через 4 часа после поступления сделан повторный анализ крови: эр.— $5,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb — 2,32 ммоль/л, л.— $8,5 \cdot 10^9$ в 1 л, п.— 4%, с.— 76%, лимф.— 12%, мон.— 8%, гематокрит — 49%. За время наблюдения в течение 6,5 ч из брюшной полости по катетеру выделилось 500 мл мутной жидкости белого цвета.

Диагноз: травматический хилоперитонеум.

Под общим обезболиванием с интубацией трахеи выполнена срединная лапаротомия с коррекцией доступа ранорасширителем М. З. Сигала и К. В. Ка-

банова [4]. В брюшной полости выявлено около 500 мл жидкости молочного цвета; обнаружены разрыв брыжейки тонкого кишечника в области связки Трейца ($2,0 \times 0,5$ см); хилезная имбибиция, распространявшаяся по корню брыжейки тонкого кишечника на брыжейку поперечной ободочной кишки с переходом на переднюю поверхность поджелудочной железы и к подкове двенадцатиперстной кишки. Поиск поврежденного лимфатического протока не увенчался успехом. После ушивания брюшины брыжейки видимая хилорея прекратилась. Брюшная полость санирована, осушена и дренирована двухпросветными трубками, введенными через отдельные проколы в левом подреберье и подвздошных областях.

После операции проводилась активная аспирация содержимого из брюшной полости. В первые 2 сут аспирировалось по 50 мл мутной, белесоватой жидкости. На 4-й день дренажи удалены. В течение 3 сут осуществляли парентеральную терапию с полным исключением энтерального питания. Рана зажила первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Анализ крови при выписке: эр.— $4,6 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб — 2,17 ммоль/л, л.— $5,8 \cdot 10^9$ в 1 л, п.— 4%, с.— 58%, лимф.— 31%, мон.— 7%, гематокрит — 42%. Осмотрен через месяц — жалоб нет. Здоров.

Б., 14 лет, поступил 30.03.86 г. через 7 дней после травмы — удара отверткой в живот. Со дня травмы и до поступления за медицинской помощью не обращался, вел обычный образ жизни.

При поступлении состояние средней тяжести. АД — 17,3/9,3 кПа, частота пульса — 90 уд. в 1 мин, температура тела — 37°.

По средней линии живота на 3 см выше пупка имеется колотая рана диаметром 0,3 см с ровными краями, не кровоточит. Из раны выступает прядь сальника. Беспочаит боли в животе и в области раны. Живот в дыхании участвует; при пальпации мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах и в области раны; во всех отделах живота определяется слабо положительный симптом Щеткина — Блюмберга.

Анализ крови: эр.— $3,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб — 2,17 ммоль/л, л.— $9,0 \cdot 10^9$ в 1 л, п.— 17%, с.— 69%, лимф.— 6%, мон.— 8%, гематокрит — 45%. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости патологических изменений не найдено. Диагноз — проникающая колотая рана живота.

Под интубационным наркозом произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено около 1000 мл хилезной жидкости, содержащей 26,4 г/л белка, кристаллы холестерина, эритроциты (покрывают все поле зрения), лейкоциты (20—30 в поле зрения). В области связки Трейца имеется ранение брыжейки тонкого кишечника ($0,5 \times 1,0$ см), откуда истекает жидкость белого цвета. Рана брыжейки ушита. Истечение лимфы прекратилось. Брюшная полость осушена, санирована, дренирована двухпросветными трубками в обеих подвздошных областях.

На 2-е сутки после операции анализ крови был следующим: эр.— $4,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб — 2,02 ммоль/л, л.— $9,0 \cdot 10^9$ в 1 л, п.— 17%, с.— 69%, лимф.— 6%, мон.— 8%, гематокрит — 46%. После операции в течение 3 сут проводили парентеральную терапию с исключением энтерального питания. В течение 2 сут из брюшной полости аспирировано по 30—50 мл мутной жидкости. Дренажи удалены на 4-й день. Рана зажила первичным натяжением. Анализ крови при выписке: эр.— $3,6 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб — 2,02 ммоль/л, л.— $4,0 \cdot 10^9$ в 1 л, эоз.— 4%, п.— 4%, с.— 56%, лимф.— 30%, мон.— 6%, гематокрит — 42%. Выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через месяц — жалоб нет. Здоров.

В приведенных наблюдениях причиной хилоперитонеума был травматический разрыв лимфатических сосудов корня брыжейки: в первом случае, по-видимому, вследствие резкого повышения внутрибрюшного давления, во втором — в результате проникающего ранения с повреждением лимфатического сосуда (сосудов) небольшого калибра. Нарушение целостности брюшины корня брыжейки привело к истечению хилуса в брюшную полость. Реакция же брюшины на хилорею минимальна и на ранних сроках не сопровождается развитием перитонита. В связи с этим дооперационная диагностика хилоперитонеума представляет значительные трудности. При динамическом наблюдении за картиной крови имели место лимфопения и сгущение крови. Указанные выше симптомы объясняются лимфопотерей в объеме от 500 до 1000 мл.

Для уточнения диагноза необходимо рекомендовать лапароцентез с лабораторным исследованием полученной жидкости и лапароскопию для исключения повреждений органов брюшной полости, требующих экстренного хирургического вмешательства. При наличии у больного хилоперитонеума без сопутствующих повреждений органов брюшной полости показана консервативная терапия, так как обнаружить поврежденный лимфатический сосуд крайне трудно, а в области десерозированных участков брюшины возникает спаечный процесс.

Необходимо полностью исключить энтеральное питание, что ведет к остановке лимфорей (по мнению многих авторов [1—3, 5, 8], оно увеличивает лимфообразование в 5 раз), проводить парентеральную терапию с обязательным включением в нее плазмозаменителей. Если больной прооперирован, то целесообразно дренирование брюшной полости трубчатыми дренажами для активной аспирации в послеоперационном периоде, а инфузионную терапию надо выполнять по указанному выше принципу.

Лимфопения, сгущение крови и гипопроотеинемия, выявленные при исследовании крови в динамике, дают основание диагностировать лимфоистечение. При наличии у больных картины «острого живота» и лимфоистечения [2] следует заподозрить хилезный асцит, который в клинике протекает по типу апоплексии яичника. При исследовании содержания брѳшной полости необходимо обращать внимание на цвет выпота, а при биохимическом его анализе — на наличие жира и белка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долецкий С. Я., Овчинников А. А., Мулина Ц. И. // Хирургия. — 1970. — № 6. — С. 88—94. — 2. Ибатулин И. А. // Там же. — 1977. — № 5. — С. 130—134. — 3. Перельман М. И., Юсупов И. А., Седова Т. Н. // Хирургия грудного протока. — М., Медицина, 1984. — 4. Сигал М. З., Кабанов К. В. // Бюлл. изобретений. — 1959. — № 23. — 5. Тагабадзе К. Г., Ибатулин И. А., Курбатов В. С. и др. // Хирургия. — 1976. — № 12. — С. 37—38. — 6. Ходиев Э. М., Хегай Е. Н., Шамсиев А. Ф. и др. // Вестн. хир. — 1984. — № 8. — С. 108—109. — 7. Шубин В. Н. // Редкие хирургические болезни. — Изд-во Казанского ун-та, 1969. — 8. Vasko I., Tapper R. // Arch. Surgery. — 1967. — Vol. 95. — P. 355.

Поступила 21.05.86.

УДК 616.33 — 002.44 — 089.856

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ СЕЛЕКТИВНОЙ МУКОЭКТОМИИ

И. А. Салихов, А. А. Агафонов, Д. И. Гафуров

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. И. А. Салихов), кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. А. А. Агафонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, городская клиническая больница № 1 имени проф. А. Г. Терегулова (главврач — А. А. Абдулжаков) г. Казань

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — одно из наиболее распространенных заболеваний пищеварительного тракта. Безуспешность консервативной терапии вынуждает прибегать к оперативному лечению, направленному на подавление основных факторов агрессии, ведущих к ulcerогенезу, — снижению продукции соляной кислоты, пепсина, устранению моторно-эвакуаторных расстройств.

Одним из методов подавления кислото- и пепсинообразования является резекция желудка. Однако это вмешательство нельзя считать безупречным из-за целого ряда тяжелых осложнений послеоперационного периода, связанных в основном с удалением части органа.

Селективная проксимальная ваготомия — вмешательство органосохраняющего типа. Она получила большое распространение как за рубежом, так и у нас в стране [2—6]. Эта операция позволяет значительно снизить кислотность желудка. Наиболее отчетливо ее достоинство выявляется у больных с дуоденальной локализацией язвы при возможности выполнения всех технических ее элементов (мобилизация большой кривизны, детальная препаровка нервно-сосудистых элементов желудка, сохранение ветвей Летарже). При желудочной язве преимущество ваготомии, по мнению ряда авторов [1, 7], проявляется менее отчетливо.

В последние годы появились сообщения о возможности снижения секреции методом иссечения слизистой — непосредственного реализатора желудочного сока [8, 9]. После этой операции регенерирующая на демуккозированной поверхности слизистая не будет в полной мере выполнять свою секреторную и кислотообразующую функции, что явится определяющим моментом в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и приведет к выздоровлению больного.

С учетом морфологических и функциональных особенностей зоны малой кривизны желудка мы решили оказать прессорное воздействие на агрессивные факторы желудочного сока (соляную кислоту, пепсин) путем удаления слизистой оболочки в области малой кривизны с последующим ушиванием демуккозированной